



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Ambiente de cuidados: fator promotor e
protetor da saúde da criança e da família**

Marlene José Guerreiro Costa

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Ambiente de cuidados: fator promotor e
protetor da saúde da criança e da família**

Marlene José Guerreiro Costa

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“O relacionamento humano é uma forma de cuidar que envolve valores, intenções,
conhecimento, empenho e ações.”

(Watson, 2002)

AGRADECIMENTOS

Pelo caminho lado a lado e apoio incondicional, o meu especial obrigado à minha família, ao meu namorado e aos meus amigos.

À Professora Maria Gabriela Calado, pela orientação e todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas.

Às Enfermeiras supervisoras, pelo apoio, disponibilidade e exemplo de sabedoria transmitidas durante este percurso de enriquecimento profissional e pessoal.

RESUMO

Título: Ambiente de cuidados: fator promotor e protetor da saúde da criança e da família

O ambiente físico e psicossocial é essencial ao desenvolvimento da criança, num processo contínuo e dinâmico de interação. O ambiente dos cuidados de saúde contem vários estímulos que interferem com o equilíbrio familiar, sendo a hospitalização geradora de um nível significativo de *stress* nos pais.

Este relatório tem como objetivo salientar a aquisição de competências a partir do percurso formativo realizado.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção, inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de vida”, que visou identificar no ambiente de prestação de cuidados os fatores causadores de *stress* parental e conhecer quais as estratégias de enfermagem para os minimizar.

Conclui-se que os fatores associados ao *stress* parental relacionam-se com duas dimensões do ambiente de cuidados, a dimensão emocional e a dimensão clínica, tornando-se fundamental implementar estratégias de enfermagem adequadas, baseadas na comunicação, acessibilidade e informação, com vista à qualidade e efetividade dos cuidados centrados na família.

Palavras-chave: ambiente de cuidados, hospitalização, pais, *stress*, estratégias de Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

Title: Care environment: factor of promotion and protection of the child's and family's health

The physical and psychosocial environment is the key towards the child's development, in a continuous and dynamic process of interaction. The healthcare environment contains several stimuli which interfere with the family's balance and the hospitalization process generates a significant amount of *stress* in the parents.

This report has as primary objective to emphasize the acquisition of skills that integrates the formative route.

The intervention project was developed based on the investigation theme "Security and Quality of Life", that tries to identify in the healthcare environment factors that induce parental *stress*, as well as what kind of nurse strategies are involved and capable of reduced them.

In conclusion, the factors associated with parental *stress* relate with two dimensions of the healthcare environment, the emotional dimension and the clinical dimension. Thus, it is fundamental to implement adequate nursing strategies, based on communication, accessibility and information, in view of the quality and effectiveness of family centered healthcare.

Keywords: environment, hospitalization, parents, *stress*, nursing pediatric strategies

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - O ambiente da UCIN contribui negativamente para a ansiedade dos pais ...	71
Gráfico nº2 - Os pais participam nos cuidados ao seu filho de forma voluntária.....	71
Gráfico nº3 - A equipa reconhece nos pais comportamentos de <i>stress</i>	71
Gráfico nº4 - Os fatores causadores de <i>stress</i> e dificuldades parentais são minimizados pelos enfermeiros	71
Gráfico nº5 - A separação do bebé é considerada pelos pais como o maior fator de <i>stress</i> da hospitalização.....	72
Gráfico nº6 - Os pais têm uma noção de perda de controlo sobre o seu filho e sobre os cuidados.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 – Atividades planeadas para o estágio final: UCQTH.....	66
Tabela nº2 - Atividades planeadas para o estágio final: CEP	67
Tabela nº3 - Atividades planeadas para o estágio final: UCIN.....	68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Parecer do Conselho de Administração.....	98
---	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Folheto e Poster “Saúde com Amor”	100
Apêndice II – Documentos da revisão de literatura sobre a abordagem e tratamento de queimaduras.....	102
Apêndice III – Guia de orientação para os pais “Cuidados a ter com as feridas por queimadura”	103
Apêndice IV - <i>Checklist</i> de segurança para o ambiente físico de casa.....	104
Apêndice V – Resumo do artigo de revisão integrativa de literatura “Necessidades parentais e <i>stress</i> em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: contributos práticos dos cuidados de Enfermagem”	105
Apêndice VI – Cronograma de atividades.....	106
Apêndice VII – Proposta do Projeto de Intervenção.....	107
Apêndice VIII - Consentimento Informado e questionário.....	110
Apêndice IX – Resultados do questionário segundo o nível de concordância “Escala de <i>Likert</i> ”	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CEP - Consulta Externa de Pediatria

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN - Internacional Council of Nursing

NIDCAP -Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p - Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-nascido(s)

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCQTH - Unidade de Cirurgia e Queimados e Transplantação Hepática

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. Ambiente.....	15
1.2. Ambiente de Cuidados.....	17
1.3. A Família, a Criança e os Fatores de <i>Stress</i> Associados à Hospitalização.....	19
1.4. Modelo de Adaptação de Callista Roy.....	24
1.5. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.....	26
1.6. Estratégias de Enfermagem no Ambiente de Cuidados.....	29
2. PERCURSO FORMATIVO.....	33
2.1. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	34
2.2. Cuidados de Saúde Hospitalares - Unidade de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática.....	41
2.3. Cuidados de Saúde Hospitalares - Consulta Externa de Pediatria.....	48
2.4. Cuidados de Saúde Hospitalares - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	52
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	61
3.1. Diagnóstico de Situação.....	62
3.2. Planeamento.....	65
3.3. Execução.....	69
3.4. Avaliação.....	73
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	75
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	77
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	84
4.3. Competências de Mestre.....	88
5. CONCLUSÃO.....	90

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
---	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Tem como objetivos descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o percurso cumprido e as aprendizagens desenvolvidas nas Unidades Curriculares Estágio I e Estágio final e conjuntamente, enquadrar o projeto desenvolvido durante os estágios, comunicar a sua evolução e as conclusões, comprovando a aquisição progressiva de conhecimentos e competências específicas no cuidar da criança e sua família.

A enfermagem assinalou um percurso evolutivo de notoriedade ao longo dos anos, sustentado pela produção científica e na complexidade do seu exercício profissional, com reflexo direto na primazia pela qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados. A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) como um profissional que presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança saudável ou doente, respeitando os princípios de parceria, proximidade, equidade, capacitação, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível. Visa a promoção e maximização da saúde e/ou a prevenção da doença e destaca-se pela procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2018).

O desenvolvimento de um projeto de intervenção, com carácter transversal aos diferentes contextos de cuidados, foi o fio condutor deste relatório. A compreensão da relação entre o exercício de enfermagem, o ambiente de cuidados e o beneficiário destes, motiva o estudo desta dinâmica e dos fatores que contribuem, positiva e negativamente, para uma prática efetiva de cuidados centrados, humanizados e personalizados.

O tema “Ambiente de cuidados: fator promotor e protetor da saúde da criança e da família” insere-se na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida” e revela a preocupação pelas características do ambiente físico, emocional e social, como elemento essencial dos cuidados, juntamente com o conhecimento dos fatores inerentes a esse ambiente que sejam causadores de *stress* para a criança e pais e, a consequente necessidade de intervenção do EEESIP na promoção da segurança, conforto e bem-estar da díade, em prol da maximização da sua saúde.

A questão do ambiente nos cuidados e da sua importância para a saúde global da pessoa é considerada pela enfermagem desde a emergência das primeiras teorias e modelos conceptuais. Florence Nightingale distingue-se pelo seu trabalho pioneiro, na problematização e valorização do contexto onde os cuidados se inseriam e da necessidade de o melhorar, acentuando a relação entre pessoa, ambiente e saúde (Bezerra *et al*, 2018).

A interação constante da criança com o ambiente, durante o seu complexo processo de crescimento, numa dinâmica com os fatores biológicos, psicológicos e sociais, influencia de forma significativa, o seu desenvolvimento. Neste processo, a família desempenha um papel estruturante e importante na manutenção de um ambiente promotor, protetor, saudável e seguro (OE, 2010). Em ambientes não familiares ou perante situações de crise, a criança e os pais adaptam-se com respostas comportamentais e manifestações de ansiedade e *stress*.

A Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde da Direção-Geral de Saúde (DGS), cuja missão é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, reforça os pilares da atuação na efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Neste documento, o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, constitui um dos objetivos estratégicos, estritamente ligado à avaliação da qualidade dos serviços de saúde (DGS, 2015b).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no seu artigo 4º segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, o enfermeiro especialista é um profissional habilitado a quem lhe é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados (OE, 2015b). Aplica-se então, o contributo de cada profissional, no exercício de funções especializadas e no entendimento acerca da importância do ambiente dos serviços de saúde, na exigência e garantia das condições à promoção de um ambiente físico e emocional ótimo e favorável ao bom desenvolvimento da criança, na parceria entre os profissionais e pais.

Efetivamente, o conhecimento e a prática da enfermagem desenvolveram-se ao longo do tempo, conferindo-lhe um carácter dinâmico e consistente enquanto disciplina científica. A aquisição do conhecimento é efetuada através de variadas fontes, entre as quais a investigação (Fortin, 1999). É a constante possibilidade de novas aprendizagens e desafios que motiva e mobiliza o conhecimento. A formação contínua constitui um instrumento chave para a melhoria da compreensão do agir profissional, do auto-conhecimento e da busca pela primazia. Posto

isto, torna-se imperativo experienciar diferentes contextos e esferas de ação do enfermeiro especialista, numa perspectiva de crescimento, aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A construção do projeto seguiu a metodologia de projeto, que se centra, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) na resolução de problemas identificados num contexto real social e que motivam a preocupação. Através da sua análise e investigação prepara-se e orienta-se o plano de trabalho, orientado para alcançar a mudança. A pesquisa bibliográfica e a consulta nas bases de dados científicas, foram ferramentas essenciais na atualização de conhecimentos e na busca da mais recente evidência científica.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança e família respeita princípios básicos, que prevalecem em diferentes ambientes de cuidados, nomeadamente na adoção da filosofia dos cuidados centrados na família. O enquadramento teórico do trabalho desenvolvido baseia-se no Modelo de Pareceria de Cuidados de Anne Casey e no Modelo de Adaptação de Roy, que permitiu olhar a pessoa como um sistema complexo em constante (inter)relação com o ambiente, cujas respostas adaptativas eficazes garantem o seu desenvolvimento.

Atendendo à problemática, definimos como objetivos:

- Identificar, no ambiente de prestação de cuidados, os fatores causadores de *stress* parental;
- Conhecer quais as estratégias de enfermagem utilizadas para os minimizar.

No que concerne à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo é exposta a fundamentação teórica, com o respetivo enquadramento conceptual. No segundo capítulo apresenta-se o percurso formativo, onde se realiza a descrição e análise das atividades e competências de especialista desenvolvidas. A seguir, consta o projeto implementado com as intervenções realizadas em serviço. No quarto capítulo, complementa-se a reflexão sobre a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de EEESIP e de Mestre. Segue-se o quinto capítulo onde apenas se apresentam as considerações finais e finalmente, as referências bibliográficas utilizadas no último capítulo.

A redação do presente relatório obedece às normas gramaticais do novo acordo ortográfico em vigor no território nacional, e segue as normas de realização e referenciação de autores da *American Psychological Association*, na 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ambiente da prática profissional em instituições de saúde caracteriza-se pela sua complexidade, multiprofissionalidade e cultura interna de trabalho. Este ambiente, na sua globalidade de ambiente físico, emocional e social, exerce uma influência direta sobre os cuidados de saúde e na qualidade dos mesmos, assim como, sobre os profissionais e os seus destinatários dos cuidados, pelo que deve ser alvo de consideração e reflexão.

Importa conhecer que lugar ocupam estas dimensões do ambiente na prática de cuidados de enfermagem, a sua significância e o impacto na relação do profissional com a criança e pais.

1.1. Ambiente

A palavra ambiente deriva do latim *ambiens* e, na língua portuguesa pode ser usado na qualidade de adjetivo ou como substantivo masculino, tendo os seguintes significados respetivamente “o que rodeia ou envolve por todos os lados e constitui o meio em que se vive” e “tudo o que envolve ou rodeia os seres vivos e/ou as coisas; meio ambiente ... recinto, espaço, âmbito em que se está ou vive ... conjunto das condições materiais, culturais, psicológicas e morais que envolve uma ou mais pessoas; atmosfera” ou por último como o “conjunto das particularidades de um meio social, natural ou histórico em que se situa uma acção ...” (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2005, pp. 526-527).

Registam-se significados multifacetados para a palavra ambiente, desde uma simples interpretação como um lugar ou recinto, até ao meio ambiente, meio envolvente ou à atmosfera. A qualidade do ambiente em todas as suas dimensões (física, emocional, social) é imprescindível para manter o bem-estar e a saúde da pessoa. Na Constituição da República Portuguesa, o artigo 64º dirige-se ao direito à proteção da saúde, onde consta o dever de ser promovido e defendido “pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice...”.

Lopes (2008) fala-nos da evolução etimológica e histórica desta palavra, destacando os benefícios em conhecer melhor os fenómenos que interferem direta ou indiretamente com a segurança, o bem-estar e a saúde do ser humano.

Ao real entendimento do desenvolvimento da criança é, então, imprescindível não dissociar a criança dos múltiplos contextos nos quais concretiza o seu desenvolvimento. Modelos teóricos que estudam o desenvolvimento humano no seu contexto de vida real constituem uma mais valia a esta perspetiva holística (Custódio, Crepaldi & Linhares, 2014).

Aplicar o modelo ecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner significa contextualizar e compreender as conexões dinâmicas que se estabelecem entre a pessoa e os seus diferentes contextos. Portanto, os diferentes contextos pelos quais a pessoa passa durante o seu desenvolvimento, a sua experiência individual de interações e transições, têm repercussões sobre o mesmo de forma distinta. Contudo, não enfatiza apenas o ambiente, mas propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação do ambiente com outros três planos, o processo, a pessoa e o tempo (Poletto & Koller, 2008).

Efetivamente há a perceção da pessoa no seu contexto de vida real, priorizando todo o processo ecológico no qual ocorre o seu desenvolvimento, tal como as interações que se estabelecem. A pessoa é compreendida pelas suas características biopsicológicas e daquelas construídas a partir da interação com o ambiente (Custódio *et al.*, 2014).

O processo caracteriza a evolução do desenvolvimento e acontece na inter-relação entre a pessoa com os outros, no ambiente mais próximo. O contexto refere-se aos contextos de vida da pessoa em relação ao ambiente (analisado nas várias perspetivas de proximidade, inter-relação e efeito sobre a pessoa) e finalmente o tempo permite analisar as mudanças ao longo do ciclo de vida e a sua influência (Custódio *et al.*, 2014).

A abordagem de rede, segundo a conceção deste modelo, permite antever a complexidade contígua dos vários sistemas envolvidos, além da inter-relação entre eles. É reforçada a necessidade de organização de ações de saúde e programas de acompanhamento e apoio da criança e família, durante o internamento e após, especialmente perceber a rede de apoio social e o intercâmbio estabelecido, em prol da promoção contínua da saúde e do seu desenvolvimento saudável.

A integração do conceito ambiente na ciência da enfermagem justifica-se pela intervenção próxima do enfermeiro à pessoa e/ou família e/ou comunidade, no sentido de promover harmonia e homeostasia num determinado meio, e igualmente, proporcionar um clima de confiança, um ambiente terapêutico adequado e seguro, o que implica criatividade, coerência e estética na sua abordagem (Lopes, 2008).

1.2. Ambiente de Cuidados

Historicamente, foi com Florence Nightingale que se iniciou a preocupação com a estrutura e a organização do conhecimento em enfermagem, sendo considerada por muitos como a primeira teórica moderna de enfermagem. Impulsionou a criação de uma linha de pensamento que fundamentasse os cuidados prestados, pela teoria ambientalista, que como o próprio nome indica, com foco no ambiente da assistência à saúde dos indivíduos (O. Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

O tema do ambiente nos cuidados, com enfoque no controlo dos seus componentes, foi primeiramente abordado por Nightingale, durante o seu trabalho em campo de guerra. Desenvolveu uma visão abrangente dos cuidados aos pacientes, onde perspetivou o contexto onde os cuidados se inseriam e a necessidade de o melhorar (Bezerra *et al*, 2018). A saúde ambiental foi realçada, atendendo a aspetos essenciais, tais como o ar e água pura, a limpeza e a luz (Lopes, 2008). Nightingale não só entendia que a pessoa era sujeito ativo na sua própria condição de saúde/doença, como a sociedade/ambiente fornecia influência externa à vida, mediando e interferindo com a sua recuperação e melhoria da saúde (Bezerra *et al*, 2018).

Outros teóricos se seguiram, com novos modelos teóricos que visavam descrever e definir a enfermagem e orientar a sua prática. Destas conceitualizações surgiram diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação, com escolas de pensamento distintas. Mais tarde, foi percebido que os fenómenos dominantes da ciência de enfermagem se centravam em conceitos transversais - enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, surgindo então o metaparadigma de enfermagem (O. Ribeiro *et al*, 2018).

Jean Watson e Patrícia Benner são exemplos de teóricas que elaboraram filosofias de enfermagem, onde é reconhecida a interligação entre os conceitos ambiente e pessoa. Jean Watson inclui ambiente nos conceitos em que baseia a sua teoria, tendo acrescentado ao

ambiente limpo, a dimensão estética, o conforto, a privacidade e a segurança (Lopes, 2008). Refere-se ao ambiente como sustentador, protetor, e capaz de interferir no estado mental, físico, social e espiritual. Especifica que todo o cuidar se relaciona com respostas humanas intersubjetivas, entre as quais às interações ambiente-pessoa (Watson, 2002).

Patrícia Benner refere-se ao ambiente de forma menos concreta, mas implícita, aplicando o termo situação na relação entre a pessoa e o seu contexto, como neste caso “a situação e a relação definem o que é possível e o que é global.” (Benner, 2001, p.76). Na sua análise da função de ajuda, menciona competências inerentes ao profissional, onde constam “criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura” e “estabelecer e manter um ambiente terapêutico” (Benner, 2001, p.77).

A saúde elenca aspetos de carácter integrador, multidimensional e inter-relacional, e encontra-se pautada nas várias dimensões humanas, biológica, social, espiritual e psicológica, que se interligam com o ambiente no qual as pessoas se encontram. A saúde depende assim do equilíbrio dinâmico que se estabelece entre diferentes elementos (Zamberlan, DeMedeiros, DeiDvaldi & Siqueira, 2013).

Sabe-se que o desenvolvimento humano se processa de forma gradual, progressiva e em constante interação com o ambiente. A compreensão do ambiente e a sua influência na saúde individual e coletiva, revela-se essencial à organização das práticas e à reorganização de políticas de qualificação dos cuidados de enfermagem, admitindo-se à partida, o ambiente em enfermagem como complexo na sua essência e integrador de múltiplos conceitos (Zamberlan *et al.*, 2013).

A OE dispõe o ambiente como um dos enunciados descritivos do exercício profissional, no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade. É descrito como “o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.” (OE, 2013, p.13). Referem ainda que na prática dos cuidados “os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente.” (OE, 2013, p.14).

É na compreensão do meio envolvente da pessoa que se requer uma observação cuidada e com sensibilidade, obedecendo a valores éticos e senso moral, que se conduz a

respostas adequadas, residindo nesta dimensão a perspectiva ética dos cuidados de enfermagem em relação ao ambiente (Lopes, 2008).

Na Deontologia Profissional dos Enfermeiros, o artigo 110º referente à humanização dos cuidados, integra o dever do enfermeiro “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como ma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e de “contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas.” (OE, 2015b, p.83). O uso da palavra criar, implica iniciativa e envolvimento, portanto o agir do enfermeiro e a sua responsabilidade em proporcionar o ambiente adequado, com vista a atingir resultados relacionados com o desenvolvimento de potencialidades (Lopes, 2008).

No *Internacional Council of Nursing* (ICN) o ambiente é parametrizado de forma a operacionalizá-lo, quer por intervenções quer por diagnósticos de enfermagem, como no caso “*stress* por mudança de ambiente”, que se relaciona com o comprometimento da resposta psicológica, sendo definido por “disposições que se tomam para gerir perturbações físicas e psicológicas que resultam da deslocação de um ambiente para outro.” (ICN, 2016, p.86).

É evidente a inter-relação entre ambiente, saúde e enfermagem. As ações em saúde necessitam fundamentalmente, de ser pautadas, considerando os ambientes onde a pessoa se insere e as relações estabelecidas ao longo da vida, uma vez que a sua ligação ao meio repercute-se na forma de pensar, agir e sentir (Zamberlan *et al.*, 2013).

Cada profissional, como pessoa individual, transforma-se continuamente e, logo, modifica a realidade onde atua, através da sua interação com esse ambiente.

1.3. A Família, a Criança e os Fatores de Stress Associados à Hospitalização

O termo família é redundante na sua definição. Não existe apenas uma definição correta, dependendo do quadro de referência de cada pessoa e da própria disciplina que tenta dar-lhe um significado.

A definição usada pelo ICN (2016) parece-nos mais consensual. Nesta, a família é vista como um “Grupo: unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de

consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes.” (ICN, 2016, p.143).

A dinâmica estrutural e relacional da família sofre alterações no percurso dos seus membros, não obstante, o seu funcionamento no seu estilo próprio assim como as interações (pré)existentes fundamentam o papel da família enquanto suporte e recurso como um todo (Hockenberry & Wilson, 2011). A família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o ambiente. A dinâmica familiar é moldada quer pelas relações interpessoais quer pelos vários aspetos do ambiente que rodeia, em que o indivíduo afeta o todo e vice-versa (Jorge, 2004).

Ser criança significa estar no continuum de desenvolvimento biológico, social e psicológico, onde a interação com o meio ambiente e com os vários sistemas e contextos resulta numa aprendizagem que é apreendida de forma gradual. A entendida normalidade da rotina que confere à criança um grau de estabilidade, onde esta possa crescer com um sentimento de segurança, é abalada numa situação de doença e/ou com a hospitalização, que assumem frequentemente a forma da primeira crise a que a criança está sujeita (Hockenberry & Wilson, 2001).

A criança possui um número limitado de mecanismos que lhe permitem enfrentar e resolver situações de *stress*, sendo a sua resposta condicionada pela sua etapa de desenvolvimento, experiências, características individuais e adquiridas e a rede de apoio (Hockenberry & Wilson, 2001).

O *stress* acontece quando a exigência da situação ultrapassa a capacidade de adaptação (Jorge, 2004). Comparativamente, o ICN define *stress* como:

“sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.” (ICN, 2016 p.85)

Todas as crianças experienciam *stress*, contudo, consoante a idade, o temperamento e a situação de saúde, assim a sua vulnerabilidade, reação e capacidade para enfrentar o fator causador de *stress*. Estas respostas podem ser comportamentais, psicológicas ou fisiológicas. Confrontadas com uma situação desagradável, as crianças respondem na tentativa de alterar as

circunstâncias ou de se ajustar às mesmas como elas se apresentam. É indesejável proteger as crianças destas situações de *stress*, mas é desejável proporcionar-lhes meios de segurança interpessoal de forma a desenvolverem estratégias de superação. Daí a importância da consciencialização profissional, no reconhecimento e antecipação dos medos e preocupações das crianças para adequar formas de cuidado tranquilizador e fornecer-lhe experiências mais positivas (Hockenberry & Wilson, 2011).

A questão de doença de um dos elementos afeta todos os outros, e a capacidade de auto-organização sobressai. No caso de ser um filho, os pais sofrem não só pela doença em si, mas igualmente pelas componentes parentais que são afetadas, pela ansiedade em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de gerir as emoções. A capacidade da família em enfrentar a situação de crise depende dos sistemas de suporte, ou seja, das experiências anteriores semelhantes, da coesão familiar e dos recursos exteriores (Jorge, 2004).

O modo como a família responde a uma situação de crise, com mais ou menos *stress*, é proporcional à forma como a doença surge. A necessidade de reajustamento de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e o *coping* podem ser semelhantes, mas o período de adaptação difere e é crucial para esta mobilização de competências. Há que procurar estratégias e direcionar recursos internos e externos para fazer face à situação.

É dentro da família, que é avaliada a situação e a resposta que é dada. Existem fatores mediadores do *stress*, nomeadamente, de cariz situacional (apoio social e características do acontecimento) e pessoal (características da personalidade e competências de *coping*). O *coping* desempenha um papel primordial para determinar o que é *stressante* ou não para a pessoa. Qualquer que seja o ambiente pode ter várias circunstâncias potencialmente stressoras, mas só existe problema quando a pessoa não consegue encontrar resposta eficaz para o resolver (Jorge, 2004).

Falar de hospitalização de uma criança no contexto da família, significa falar em separação, pois mesmo que a separação física não aconteça, esta ocorre necessariamente em relação ao ambiente familiar físico e afetivo (Jorge, 2004). Sandres (2011) confirma ao mencionar que à hospitalização estão associados fatores de *stress*, tais como separação, perda de controlo, lesão corporal e dor. A estes fatores aliam-se os sentimentos e comportamentos de ansiedade manifestados pelas crianças e, em consequência pelos pais, na gestão de uma situação stressante, de reorganização pessoal e familiar, com exigências na adaptação do papel

parental (Hockenberry & Wilson, 2001). Já Scmitz (1989 cit. por Jorge, 2004) elucidava sobre os vários problemas que os pais enfrentam perante a hospitalização: medo do desconhecido, sentimentos de culpa, insegurança e perda de controlo em relação ao meio hospitalar, insegurança quanto aos tratamentos e resultados, alteração dos hábitos de vida, problemas financeiros e alteração do padrão comportamental habitual.

No caso do internamento de um bebé recém-nascido (RN), acresce a expressão dos níveis de ansiedade, bem como das emoções sentidas. O processo de vinculação é interrompido, com consequências no equilíbrio e bem-estar, que podem comprometer a consciência de si, enquanto pais, e a relação de cuidados ao filho (Diaz, Fernandes & Correia, 2014).

Falar de prematuridade envolve diversas considerações, entre as quais, os aspetos psicoafectivos, nomeadamente as questões relacionais com destaque para a relação pais-filho. A questão da adaptação dos pais ao nascimento do prematuro envolve um processo de luto relativamente ao bebé idealizado, com o despoletar de sentimentos que vão desde o choque à tristeza, ou de forma interativa e transaccional, surgem reações ao internamento, seguindo-se as reações ao comportamento de interação do filho e à forma como este vai cumprindo as suas tarefas de desenvolvimento (Souto *et al.*, 2007).

Segundo o autor Munck, estes pais têm que manter um equilíbrio entre dois processos: o de dor e o de ligação. Os passos para a vinculação passam primeiramente por uma reação de luto/perda do bebé perfeito e culpabilização (Jorge, 2004). Neste contexto, a adaptação pode desenvolver-se num contínuo entre dois extremos de sentimentos opostos, nomeadamente, sentimentos de culpabilização ao extremo da rejeição do bebé. Portanto, o processo de luto revela-se essencial para ultrapassar a parte incapacitante destes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e posterior aceitação do bebé (Souto *et al.*, 2007).

O impacto que a separação e o internamento provocam na relação pais-filhos e nas respostas emocionais de crise, despoleta maior interesse na compreensão da experiência vivida pelos pais e a sua influência na forma como sentem e agem na relação ao cuidar o seu filho (Souto *et al.*, 2007).

O trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) requer tecnologia avançada, mais equipamentos e um ambiente estruturalmente mais impessoal e confuso, numa perspetiva externa. Este ambiente simultaneamente mais controlado e assustador, criado para

dar resposta a situações críticas, instáveis ou de risco, exige um maior nível de intervenção dos profissionais, quer com o bebé quer com os pais. A necessidade de procedimentos invasivos ao RN, as condições do espaço físico, a constante vigilância e a quantidade de profissionais são fatores que contribuem para a despersonalização e para o aumento da ansiedade dos pais (C. Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2015).

A linguagem excessivamente técnica, o próprio contacto com o RN, que fica limitado e é controlado e que, simultaneamente interfere com a autoavaliação e as competências e capacidades desacreditadas, ou os receios relacionados com a permanência, repercussões na saúde e desenvolvimento, constituem fortes dificuldades a enfrentar e gerir pelos pais (Diaz *et al.*, 2014).

Diaz *et al.* (2014) identificam como principais dificuldades sentidas pelos pais: dificuldades emocionais, dificuldades logísticas e dificuldades financeiras, dificuldades na gestão da vida pessoal e familiar, dificuldades de comunicação com a equipa de saúde, dificuldades relacionadas com o internamento da mãe, separação, confronto com a realidade inesperada, medo de perda, adaptação ao ambiente, cuidados ao RN. Os autores Williams, Patel, Bridges, Mathis & Barkin (2018) corroboraram estes fatores de *stress* comuns, ressaltando a ansiedade sobre o bem-estar do bebé, a experiência da parentalidade e a alteração do seu papel para a equipa de saúde, a transposição das barreiras do internamento e a contingências financeiras.

Evidências mostram que os efeitos da experiência de uma UCIN prevalecem além do internamento com influência no funcionamento parental e mental da família, nomeadamente os níveis de *stress* que podem manter-se até dois meses após a alta e, em casos de distúrbios de *stress* grave identificados aquando do internamento, estes sintomas podem prevalecer até 4 meses ou até ao primeiro ano de vida do bebé (Sweet & Mannix, 2012; Turner, Chur-Hansen, Winefield & Stanners, 2015)

Os autores supracitados entendem que toda a complexidade deste ambiente, reflete-se ao nível físico, pelo desconforto presente, e a nível emocional nos pais, com respostas de *stress* manifestadas, quer por comportamentos, quer expressas em sentimentos de ansiedade e depressão.

A identificação dos tipos e níveis de *stress* parental foi explorada por diversos autores, tendo sido aplicada em realidades mundiais distintas (Austrália, Chile, Noruega, etc.), a mesma

escala - *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit*. Esta é composta por três dimensões, a clínica, a emocional e a comunicação, as quais compreendem várias situações potenciais capazes de gerar respostas de *stress*.

Sweet e Mannix (2012) obtiveram níveis elevados de *stress* na alteração do papel parental, correspondente à dimensão emocional, seguindo-se pela aparência do bebé, que integra a dimensão clínica. Ainda no mesmo País, mais tarde, Turner *et al.* (2015), chegaram às mesmas considerações, confirmando a experiência de maior *stress* na relação com o seu papel parental.

Tandberg, Sandtrø, Vårdal e Rønnestad (2013) num estudo comparativo entre níveis de *stress* experienciados por mães e pais, obtiveram respostas coincidentes entre ambos os sexos no que respeita à aparência do bebé (dimensão clínica) e papel parental (dimensão emocional) com maiores níveis de *stress*, respetivamente. De ressaltar os achados dos autores relativos aos níveis significativamente distintos de *stress* entre mães e pais, sendo que as mães experienciam maiores níveis de *stress* inicial enquanto os pais reportam níveis crescentes com a proximidade da alta.

Mais recente, Ramirez, Navarro, Claveria, Molina e Cox (2017) verificaram que a dimensão clínica é a que obtém mais resultados no que consta a níveis de *stress*, sobretudo no que se encontra relacionado com o aspeto físico, imagens e sons e procedimentos e intervenções, seguindo-se as dimensões emocional e comunicação.

O conhecimento e valorização dos principais fatores desencadeantes de *stress* parental, no contato com ambientes de cuidados de saúde, é imprescindível, num olhar completo da família, na sua capacidade de (re)adaptação e na determinação prática dos cuidados, exprimindo a importância do ambiente num todo, além do tão-só, validado ambiente físico.

1.4. Modelo de Adaptação de Callista Roy

O ambiente é o segundo grande conceito do modelo de enfermagem e é considerado primordial no Modelo de Adaptação de Callista Roy. A própria ciência da enfermagem relaciona-se com o conhecimento primário da adaptação das pessoas ao longo do ciclo vital (Coelho & Mendes, 2011).

Este modelo insere-se na Escola dos Resultados, e logo focaliza a centralidade das respostas humanas aos processos de vida e no controlo dos fatores que geram necessidades de adaptação. A pessoa encontra-se exposta a circunstâncias, condições e influências que afetam o seu desenvolvimento, isto é, o ambiente. O ambiente, *per si*, afeta o comportamento da pessoa e estimula a sua capacidade de adaptação (Coelho & Mendes, 2011).

Andrews e Roy (2001) apresentam a pessoa, enquanto sistema aberto, com a capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetar o próprio meio ambiente. O meio ambiente, num conjunto de estímulos, cria o nível de adaptação e a pessoa cria uma resposta, que pode ser adaptável ou ineficaz. A resposta da pessoa combina assim os estímulos e a sua individualidade, ou seja, o seu comportamento resulta de mecanismos de resistência - mecanismos reguladores e cognitivos. Estes mecanismos podem ser inatos ou adquiridos, em resposta ao ambiente em mudança.

Esta adaptação contempla quatro modos, respetivamente: a adaptação fisiológica (a forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente), identidade de autoconceito (aspetos psicológicos e espirituais para a integridade psíquica – necessidade de se saber quem é, para que se possa ser e existir com um sentido de unidade), interdependência (relações de proximidade entre pessoas; dar e receber) e desempenho de papel (papel desempenhado na sociedade no sentido da preservação da integridade pessoal). É através destas quatro categorias que as respostas se dão e o nível de adaptação pode ser observado (Andrews & Roy, 2001; Coelho & Mendes, 2011).

Este nível de adaptação representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação, sendo que as respostas adaptáveis e eficazes são aquelas que promovem a integridade da pessoa, como a sobrevivência, crescimento e domínio. À pessoa, é possível criar novas respostas para as condições de mudança constantes, numa oportunidade continuada de crescer, de se desenvolver. Para Roy, a saúde é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada, sendo um reflexo da adaptação (Andrews & Roy, 2001).

Coelho e Mendes (2011) acrescentam que através da observação dos comportamentos manifestados é possível promover respostas adaptativas adequadas e melhorar a transformação ambiental da pessoa.

A prática de enfermagem apoiada neste modelo significa que o enfermeiro vê o centro dos seus cuidados como co-extensões com o ambiente físico e social, considerando as crenças, valores e esperanças de cada pessoa. O processo de enfermagem passa pela avaliação do comportamento e a avaliação dos estímulos, seguindo-se o diagnóstico e os objetivos, implementar intervenções e por último a avaliação final (Coelho & Mendes, 2011).

A OE apresenta no regulamento de competências de especialista, a complexidade de abordagens em resposta às necessidades encontradas “... nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças de saúde e dinâmica familiar.” (OE, 2018, p.2).

Callista Roy considera a enfermagem a profissão dos cuidados cujo objetivo é a promoção da adaptação das pessoas ou grupos ao longo do seu ciclo de vida, qualidade de vida e dignidade (Coelho & Mendes, 2011). A eficácia da prática de enfermagem passa assim, pela compreensão da pessoa no âmbito das suas situações de vida diárias variáveis, o que pode ser feito para intensificar, facilitar ou mediar a capacidade e a efetividade da adaptação.

1.5. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

O direito dos pais acompanharem a criança durante os tratamentos e permanecerem ao seu lado na hospitalização nem sempre foi reconhecido.

Os cuidados centrados na família desenvolveram-se após a segunda guerra mundial, quando a enfermagem, ainda profundamente paternalista, se torna incompatível com as profundas mudanças e expectativas sociais no tratamento de crianças hospitalizadas. Efetivamente, foi a preocupação aumentada pela saúde psicológica de adultos e crianças e o sofrimento resultante da separação entre pais e filhos que marcou o ponto de viragem (Jolley & Shields, 2009).

O interesse na forma como as crianças eram tratadas nos hospitais da época despoletou o surgimento de teorias e, a partir daí, foram desenvolvidos vários modelos de cuidados a pensar no melhor interesse da criança. Em meados de 1990 surgiu o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que defendia que os pais poderiam prestar os cuidados de enfermagem à criança, desde que fossem fornecidos suporte e educação e que na ausência dos pais seriam os

enfermeiros a prestar os cuidados parentais. Desta forma foi estabelecido o valor da parceria de cuidados entre pais e profissional e sublinhada a importância da partilha de informação, de uma comunicação efetiva e da negociação para assegurar o seu sucesso (Jolley & Shields, 2009).

Segundo Farrel (1992) o modelo proposto por Casey diferencia-se dos restantes por identificar de forma clara o significativo contributo dos pais no cuidado do seu filho. Neste modelo, Casey identifica cinco conceitos centrais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro pediátrico. A definição destes conceitos é igualmente assegurada e torna-se essencial para percebermos a dinâmica subjacente. Assim, na criança é reconhecida a sua incapacidade de satisfazer as necessidades básicas, dependendo para tal de um adulto, à medida que faz novas aprendizagens e ganha capacidades na busca de independência. A saúde é entendida como um estado de bem-estar físico e mental necessário para que a criança possa atingir a sua máxima potencialidade. O ambiente é a origem de variados estímulos que afetam o desenvolvimento da criança e, para conseguir desenvolver-se de forma saudável, esta deve percebê-lo como seguro, harmonioso e afetoso. A família é definida como uma unidade com a responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Finalmente, a autora considera ainda o conceito de enfermeiro pediátrico como aquele profissional que detém um papel determinante, sendo responsável pelos cuidados de enfermagem ou especializados, pelo ensino, orientação e apoio (Farrel, 1992).

A autora faz a distinção entre cuidados de enfermagem, que cabem aos enfermeiros, e cuidados familiares, que cabem aos pais, como todos os cuidados que envolvem as necessidades básicas. Privilegia-se a participação dos pais nestes cuidados próximos e íntimos à criança, existindo, contudo, flexibilidade e ponderação em função das circunstâncias familiares e de saúde da criança (Farrel, 1992).

Casey aborda o cuidado holístico à criança, com referência à competência de organização, mobilização de recursos e adaptação dos cuidados de saúde, enfatizando a função de encaminhamento para outros profissionais como parte integrante da continuidade do processo de prestação de cuidados e promoção da saúde.

A evolução deste modelo aconteceu natural e progressivamente, tal como a definição dos cuidados centrados na família, sendo hoje em dia, um modelo de prestação de cuidados largamente aceite.

A filosofia do cuidado centrado na família considera a família como uma constante na vida da criança e, portanto, o papel natural de cuidadores é apoiado, reconhecida a sua singularidade e respeitada a sua experiência. Esta filosofia defende uma parceria de cuidados, em que os pais ou cuidadores próximos são incorporados nos cuidados, sendo facilitada a colaboração entre profissional e familiar. As necessidades da criança e família são vistas como um todo no desenvolvimento de estratégias e ações de suporte (Hockenberry & Wilson, 2011).

Os seus conceitos chave são a capacitação e o empoderamento. Os profissionais capacitam as famílias ao criarem oportunidades para desempenharem as suas funções e manifestarem ou adquirirem capacidades e competências para o cuidado à criança. Com o empoderamento, é instituída uma interação positiva entre os profissionais e a família de forma a que esta mantenha ou adquira um senso de controlo sobre a situação e sejam capazes de reconhecer ganhos pela adoção de comportamentos adequados e assertivos (Hockenberry & Wilson, 2011).

O Instituto para os Cuidados Centrados no Paciente e Família providencia recursos para a correta compreensão da teoria. Na sua definição, os cuidados centrados na família constituem uma abordagem para o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde, que se baseia na parceria benéfica entre pacientes, famílias e profissionais de saúde (*). Ressalvam que a inclusão da perspetiva dos pacientes e famílias, da sua experiência, é essencial para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, como aliados para alcançar melhores resultados. Os seus conceitos principais são: dignidade e respeito pelos princípios da família, partilha de informação completa e relevante de forma atempada para os processos de tomada de decisão, a participação e colaboração no desenvolvimento de boas práticas.

No fundo, o profissional encoraja e enfatiza as potencialidades e competências familiares, apoia o desenvolvimento educacional e ambiental, para que o atendimento às necessidades da criança seja o mais eficiente possível. O sucesso depende substancialmente da relação de parceria e equidade estabelecida entre enfermeiro e pais, tal como Casey antecipara.

(*) Patient- and family-centered care is an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among patients, families, and health care professionals. These partnerships at the clinical, program, and policy levels are essential to assuring the quality and safety of health care. (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017, p.2)

1.6. Estratégias de Enfermagem no Ambiente de Cuidados

Os pais experienciam níveis consideráveis e nunca desvalorizáveis de *stress*, o que requer uma intervenção direta dos profissionais. Os sentimentos relacionados ao status da paternidade/maternidade, em conformidade com as expectativas de um papel social, afetam o planejamento familiar. As qualidades e forças de cada família devem ser consideradas e analisadas como recursos efetivos do enfermeiro, para apoiar as suas necessidades específicas (Hockenberry & Wilson, 2011).

Associado ao tipo de *stress* predominante, as práticas desejáveis identificadas pelos pais de prematuros incluem comunicação, acessibilidade e informação. Uma prática educativa de ensino para a saúde estruturada, através de um programa de intervenção comportamental, a possibilidade de acesso menos restrito à UCIN e informação confiável, honesta e precisa, comunicada de forma compreensível acerca do desenvolvimento esperado do bebê, mostraram ser práticas coincidentes com menores níveis de ansiedade e depressão materna após a alta. O impacto dos profissionais no acompanhamento e apoio psicológico e emocional dos pais é reforçado como um componente importante dos cuidados centrados na família, tanto durante o internamento como na alta (Sweet & Mannix, 2012).

C. Ribeiro *et al.* (2015) numa revisão sobre os cuidados de enfermagem experienciados por enfermeiros e pais, reuniram consenso quanto a três temas emergentes: relação terapêutica, humanização dos cuidados e sofrimento.

É indispensável conhecer a realidade psicossocial do ambiente imediato, atendendo a que esta influi tanto na aceitação da doença, hospitalização e recuperação, como na participação ativa nos cuidados (Ramirez *et al.*, 2017).

Cada família tem necessidades diferentes, no entanto, a equipa de enfermagem precisa de estar atenta e dar resposta. Os pais têm necessidades específicas, sendo elas, necessidades cognitivas, necessidades emocionais, necessidades comportamentais e necessidades nas relações conjugais. Prestar a informação e acolher os pais de forma participante são marcos valorizados e fundamentais na atuação de enfermagem (Jorge, 2004).

Os cuidados centrados na família constituem um modelo de cuidados que reconhece o papel fundamental dos membros da família para o bem-estar do bebê/criança durante a hospitalização, como elemento constante na vida do bebê/criança. As suas práticas incluem a aproximação da família aos cuidados, auxiliando no processo de *coping* e tornando-os elementos ativos e determinantes, a partir do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados (Cockcroft, 2012; Finlayson, Dixon, Smith & Flacking 2014; Raiskila *et al.*, 2016).

Com uma natureza multifacetada, os cuidados baseados neste modelo podem ser aplicados em diferentes contextos e culturas, o ambiente de cuidados em pediatria e neonatologia possuem características físicas, psicossociais, educacionais e comportamentais que beneficiam desta metodologia prática (Finlayson *et al.*, 2014).

Estes cuidados desempenham um trabalho determinante sobre o papel parental e a alteração sentida e experienciada pelos pais. O acolhimento, o empoderamento e o envolvimento assim como a orientação estabelecida, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados, guiam este estado de arte, que além dos demais benefícios, é instintivamente a melhor forma de prestar cuidados personalizados em ambiente hospitalar (Raiskila *et al.*, 2016).

Os elementos centrais reconhecidos para os cuidados centrados na família são: presença física dos pais, a participação e a escuta ativa e o respeito dos profissionais pelas necessidades individuais parentais, com o sentido de fomentar o trabalho colaborativo. Os pais são uma fonte de informação primária, através da qual com negociação e decisão partilhada, podem ser estabelecidos os melhores cuidados, baseados na confiança mútua e suporte continuado (Raiskila *et al.*, 2016).

Uma relação positiva de confiança entre profissional e pais é determinante para a criação de laços afetivos fortalecidos desde cedo, para um processo de vinculação otimizado e para potenciar nos pais sentimentos de segurança, competência e confiança nas suas habilidades e potencialidades (Finlayson *et al.*, 2014).

De acordo com estudos realizados, o comportamento e atitude dos enfermeiros mostrou ser o fator com maior peso na satisfação parental em contexto de internamento em UCIN sob o modelo de cuidados centrados na família. As expectativas e experiências dos pais em relação ao ambiente é significativamente influenciado pela forma como os profissionais interagem e comunicam, influenciando por sua vez, o estado de equilíbrio psico-emocional dos

pais na exacerbação ou redução de sentimentos de impotência, isolamento e perda. À parte dos proveitos da prestação de cuidados em parceria, foi relatado pelas mães dificuldades no sentimento de poder maternal e na criação de relações silenciosas, com despiste de inconsistências na prestação de cuidados e troca de informações (Finlayson *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 2018).

O enfermeiro tende a facilitar a relação precoce como um elo mediador entre as dificuldades parentais, num período especialmente sensível de adaptação, o reconhecimento e a valorização das capacidades do prematuro e a preparação, ensino e incentivo aos pais para o seu contributo na construção da relação vital de vinculação (Souto *et al.*, 2007).

As explicações e informações fornecidas vão ajudar os pais a compreender as decisões da equipa de saúde, onde uma relação aberta e franca é fundamental para conhecer a opinião e os sentimentos parentais envolvidos, para a tomada de decisão (Souto *et al.*, 2007). A comunicação assume um valor inestimável e que requer a cooperação de todos os elementos da equipa de saúde. A capacidade de prestar informação apropriada e atempada, prevê a capacidade subjetiva de envolvimento empático com os pais desde o início. De facto, a comunicação eficaz é a chave para uma efetiva implementação dos cuidados centrados na família.

Ao enfermeiro são pedidas competências cognitivas e técnicas tal como uma compreensão global do processo de desenvolvimento infantil e no processo que acompanha a hospitalização, para garantir o êxito possível e desejável e assegurar o melhor bem-estar à díade. A criança ocupa o lugar central no quadro relacional que se estabelece entre equipa/família (Jorge, 2004).

Os enfermeiros representam um sistema de apoio e segurança para os pais. Assim, reconhece-se como primordial responder às suas necessidades, compreender o seu comportamento e agir em consonância. O acolhimento e o trabalho dos profissionais que primeiro interagem e cuidam do RN, exerce uma influência determinante ao nível do ajustamento emocional dos pais à situação (Diaz *et al.*, 2014; C. Ribeiro *et al.*, 2015).

Efetivamente, as evidências científicas mostram que a avaliação do *stress* parental é um componente valioso no modelo de atuação centrado na família, com a necessidade de promover

estratégias para capacitar os pais na redução dos níveis de *stress* e a melhorar as suas capacidades, potenciando os seus recursos pessoais.

2. PERCURSO FORMATIVO

Neste ponto torna-se fundamental abordar o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, assim como os objetivos que o apoiaram. A construção de um projeto inicial norteado pela escolha de uma área de interesse e de acordo com uma linha de investigação específica, pautou a realização deste relatório.

Serrano, Costa e Costa (2011) afirmam que enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. De facto, para a aquisição de todas as competências inerentes ao quadro de referência da atuação do EEESIP e de Mestre, foi indispensável abarcar a atuação do enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e em Cuidados de Saúde Hospitalares, de forma a corresponder à realidade pediátrica.

Para as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final estavam estabelecidos como objetivos de aprendizagem:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando em níveis elevados de julgamento e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

De acordo com os objetivos supracitados, apresentamos os objetivos gerais comuns por nós delineados que acompanharam os diferentes contextos de estágio. São estes:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas nas várias valências de prestação de cuidados de enfermagem e de acordo com as diferentes fases de crescimento e desenvolvimento da criança;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família com a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, que facilite a sua adaptação à situação de doença.

Apresentamos de seguida os locais de estágio. Iremos realizar uma breve caracterização dos mesmos e seguidamente serão descritas as atividades e competências desenvolvidas e os recursos utilizados para a sua concretização. A cada contexto e aos objetivos gerais delineados previamente, somamos objetivos específicos que, detalhadamente serão integrados e justificados nas reflexões.

2.1. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

As primeiras semanas de estágio decorreram de 14 de Maio a 22 de Junho de 2018 e tiveram lugar em CSP, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Central do Algarve. Este agrupamento tem uma área de intervenção correspondente a 5 concelhos em que cada um integra Unidades de Saúde com Polos de extensão distribuídos pelas zonas mais distantes do Centro de Saúde (CS) de referência.

A correspondente UCSP agrega alguns Polos, sendo que o estágio se concretizou entre o CS e um dos Polos, com realização de consultas de Saúde Infantil e Juvenil três vezes na semana. A organização do trabalho de enfermagem segue a metodologia do enfermeiro de família, em equipa com um Médico de Família, pela prestação de cuidados globais às famílias inscritas ao longo do seu ciclo vital.

Para este contexto de estágio demarcamos como objetivos específicos a atingir:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho sistematizada e eficaz na realização de consultas de saúde Infanto-Juvenil, com adequação da educação para a saúde à idade;
- Participar ativamente em projetos e/ou na preparação de projetos futuros, incorporando conhecimentos sobre a evidência científica;
- Refletir sobre a minha prática, de forma crítica.

Primeiramente, cabe esclarecer a escolha deste local de estágio, onde o interesse pessoal vai de encontro ao interesse profissional. O plano de estudos prevê a experiência em Cuidados de Saúde Primários, que viabiliza conhecer mais detalhadamente o funcionamento

desta área privilegiada e da sua importância ímpar na saúde da criança e família. Além disto, a escolha por esta Unidade de Saúde em específico recaiu no facto da UCSP ter uma área de abrangência grande, em que a profissional de enfermagem desempenha funções entre o CS e o Polo. Assim, poderemos confrontar as necessidades de saúde de populações distintas (aldeia e cidade) e acompanhar de perto a atuação de uma EEESIP com um nível de experiência vasto em neonatologia e pediatria.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) assenta a sua estratégia em quatro eixos estratégicos que constituem o modelo concetual: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis. O PNS conjectura que os ganhos em saúde decorrerão de uma melhor adequação entre as necessidades de saúde e recursos, ou seja, um melhor resultado entre desempenho, sustentabilidade e envolvimento das comunidades e das suas organizações (DGS, 2015a).

Os cuidados de saúde devem ser efetivos e seguros, devidamente estruturados e suportados, com planos de ação favoráveis e que objetivem a melhoria da saúde e da resposta às necessidades globais da população. Os CSP constituem cuidados de saúde orientados para as necessidades de saúde de uma comunidade, organizados de forma contínua e compreensiva, baseados numa relação de parceria duradoura entre o profissional e o utente.

A reorganização dos sistemas de saúde, nomeadamente dos CSP veio beneficiar de forma substancial a assistência à população. Os ACES fundamentam-se em princípios de humanização e proximidade, pelo que possibilitam a prestação de mais e melhores cuidados em saúde. Em todas as unidades de saúde locais a vigilância de saúde das crianças e jovens é realizada de acordo com o previsto no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Este programa confere estrutura e uniformidade nas avaliações de saúde e prevê a abordagem eficaz e adequada da saúde desta população. A tentativa de resposta aos problemas emergentes em saúde confere um carácter dinâmico e ativo, na adequação e busca constante pelos padrões de melhoria da qualidade.

O PNSIJ obedece a algumas linhas gerais, entre as quais destacamos, a calendarização de consultas atendendo às idades chaves, a monitorização do crescimento e estado nutricional através da adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), a harmonização das consultas previstas com o Plano Nacional de Vacinação, a valorização dos cuidados antecipatórios e preocupação pela deteção precoce com respetivo encaminhamento.

Estes aspetos concorrem para garantir que o PNSIJ é um instrumento que apoia a saúde integral infantil e juvenil com vista à igualdade de oportunidades de desenvolvimento, independentemente dos contextos socioeconómicos (DGS, 2013).

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil abarcam então todas as idades consideradas chave ao ciclo vital, onde o enfermeiro aborda as questões relacionadas com o desenvolvimento, avalia e planeia intervenções, realiza prevenção primária e secundária, educa para a saúde, promove o bem-estar familiar e a progressiva autonomia de escolhas em saúde, entre outros. A diversidade de áreas de abrangência é grande, pelo que as competências necessárias devem enquadrar-se à exigência de situações e da população. Há que destacar as competências específicas do EEESIP como determinantes para um exercício profissional efetivo, nomeadamente, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Em contexto de CSP dificilmente se separam estas competências, denotando-se o entrosamento de conhecimentos e as vertentes dos cuidados a abordar.

A idade pediátrica caracteriza-se por ser uma fase onde há um rápido crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social e os CSP têm a missão de acompanhar e monitorizar esta fase da vida, através da vigilância de saúde infantil e juvenil, de forma a detetar precocemente alterações ao normal desenvolvimento das crianças (DGS, 2013). O desenvolvimento da criança é determinado pela interação estabelecida entre os fatores genéticos e ambientais, sendo que sempre que haja uma lacuna nestes últimos, na satisfação das necessidades físicas e psicológicas da criança, este normal desenvolvimento pode ser afetado (Lissauer & Clayden, 2009).

O conhecimento acerca dos aspetos fundamentais do crescimento e desenvolvimento humano são demonstrados diariamente na prática, na avaliação, análise e planeamento das situações específicas. Contudo, existem recursos que podem e devem ser tidos como vantajosos ao bom funcionamento do trabalho de enfermagem. Como apoio às consultas, é usado a Escala de Mary Scheridan, um instrumento que sistematiza informações importantes sobre o desenvolvimento psicomotor da criança, permite uniformizar a abordagem aos cuidados gerais, garantir procedimentos de avaliação e facilitar o despiste e a vigilância de saúde.

O EEESIP deve ter sempre presente o papel fundamental da família na vida da criança como condição para a determinação das intervenções de enfermagem. É esta que, regra geral,

detém o maior e melhor conhecimento acerca do seu filho e, portanto, a mais fiável fonte de informação e colaboração com os profissionais. A natural condição de dependência da criança, o comum propósito de garantir o melhor cuidado e as competências inerentes à condição de pais e profissional, faz com que se estabeleça uma relação de cuidados unidirecional. Esta parceria de cuidados centraliza-se na família como um todo, no binómio pais/filho, e na satisfação das suas necessidades em saúde. Consideramos por isso, uma metodologia de trabalho eficaz na abordagem à família.

A aplicação sistemática de programas como o PNSIJ tem viabilizado ganhos na saúde infantil, pelo investimento na vigilância em saúde, na aposta nos cuidados antecipatórios e na consequente deteção precoce. Ao deter conhecimento sobre os normais padrões de desenvolvimento e crescimento infantil, o EEESIP deve estar atento e detetar atempadamente as situações que possam representar desvios à normalidade e/ou um risco para a qualidade de vida da criança.

A avaliação dos padrões de crescimento e desenvolvimento de uma criança não devem realizar-se de forma isolada. O uso das curvas de crescimento, como recurso importante na monitorização do estado nutricional e de crescimento, deve fazer-se concomitante com a avaliação de outros parâmetros, como a avaliação das habilidades gerais de uma criança, o desenvolvimento motor grosso, o desenvolvimento motor fino e visão, a audição, fala e linguagem e o comportamento social e emocional (Lissauer & Clayden, 2009).

Contribuir para o desenvolvimento saudável da criança passa igualmente por capacitar os seus pais e a sua família para o exercício adequado das responsabilidades parentais, pela sensibilização sobre a importância de fatores de risco a ter em atenção. O ambiente familiar e social em que a criança se insere determina e potencia, de forma significativa, o seu crescimento e desenvolvimento. Assim, é necessário adequar os ensinamentos a realizar ou a informação a fornecer às características da criança e sua família, nomeadamente no que respeita à capacidade de entendimentos, a questões culturais e/ou económicas, ao ambiente onde a criança permanece, entre outros aspetos que possam influenciar a atuação do profissional de saúde.

O decorrer das consultas, possibilitou uma melhor compreensão dos aspetos primários de intervenção em saúde e do desafio dos profissionais em dar resposta às especificidades de uma comunidade e adaptar a resposta dos serviços de saúde. Há uma clara consciencialização dos profissionais e uma preocupação em dirigir os cuidados e intervenções com caráter acessível, abrangente, cooperativo e dinamizador. Permitiu-nos desenvolver uma metodologia

de trabalho sistematizada e eficaz na realização de consultas de saúde Infanto-Juvenil, com adequação da educação para a saúde à idade, tal como plasmado num dos objetivos pessoais.

A avaliação da criança de forma global, integrando as componentes familiar, social e os aspetos do crescimento psico-motor assume-se como complexa, dado o tempo limitado em que se preconiza a realização das consultas, o que atua como fator limitador ao aprofundamento de capacidades de intervenção e ao desenvolvimento de competências de EEESIP. A realização de um Estudo de Caso, revelou-se vantajosa neste sentido, permitindo aprofundar as etapas do processo de enfermagem e sistematizar informação importante para uma atuação eficaz. A seleção da criança para o estudo teve em consideração a identificação de um problema no foco alimentação, com repercussões no ganho de peso e aumento estado-ponderal, em associação com outras áreas com carência de intervenção e adequação do plano de trabalho. Revelou-se uma oportunidade de estudo importante, com apropriação de novos conhecimentos e o seu potencial uso futuro.

Benner (2001) fala-nos da importância das competências percetivas aqui expandidas, isto é, da capacidade de detetar as mudanças subtis num determinado contexto, de se aperceber da situação na sua globalidade e não como aspetos isolados. A integração de vários saberes e capacidades, como sejam, a capacidade de antecipação, a racionalidade prático-reflexiva, a perspicácia e a observação discriminada, compõem o campo de visão e atuação do enfermeiro.

A organização dos cuidados de enfermagem deve adaptar-se aos problemas de saúde identificados, para uma resposta centrada, individualizada e de qualidade. Neste sentido e apesar das consultas de enfermagem orientadas para a promoção da saúde da população infantil e juvenil, verificou-se que os adolescentes não priorizam a sua saúde com o acompanhamento regular na unidade de saúde, sendo os níveis de absentismo elevados.

Face a este facto e atendendo à possibilidade de otimizar a resposta às necessidades sentidas e à melhoria da qualidade, motivou-nos ao desenvolvimento de um projeto com a Enfermeira Supervisora. Este projeto defendia a criação de uma consulta semanal de enfermagem direcionada aos adolescentes com idades compreendidas entre os 11/13 anos, integrada num projeto já a decorrer a nível do Centro de Saúde intitulado “Saúde a Brincar”. Foram definidos como objetivos aumentar o número de adolescentes que frequentavam as

consultas de Saúde Infanto-Juvenil na UCSP e sensibilizar os pais e os adolescentes para a importância da consulta de enfermagem nesta faixa etária.

O referido projeto constituiu uma das atividades desenvolvidas em serviço, de encontro à temática em estudo (inserido na linha de investigação escolhida) e a objetivo delineado. A saúde do adolescente foi motivo de preocupação, onde a importância do ambiente de convívio é foco de atenção e alerta. Encarámos como uma oportunidade de intervenção ativa, com a possibilidade de desenvolver uma abordagem direcionada aos ambientes de crescimento e destacar o ambiente de cuidados de saúde como fonte válida de conhecimento e recurso.

Ser adolescente significa estar face a face com mudanças de carácter físico, cognitivo e social e com um conjunto tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia e responsabilização pelas escolhas. É em desafios diários e confrontos com o mundo que o adolescente se vai definindo e integrando na sociedade. É tempo de oportunidades, conquistas e de riscos. São vários os intervenientes neste processo, sendo que os profissionais de saúde têm um lugar de destaque. Priorizam-se programas de saúde que equacionem a saúde dos jovens de forma integrada, atendendo ao seu ambiente cultural, social e físico (OE, 2010).

Como EESIJ contempla-se ampliar e direccionar as ações de promoção, proteção e prevenção de saúde. Identificada a dificuldade, optou-se por uma abordagem direta, multifacetada, abrangente e criativa, na tentativa de ultrapassar os condicionalismos no contacto direto com a população alvo e numa intervenção proativa. Adequa-se neste ponto a competência comum do enfermeiro especialista que se refere a conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade no reconhecimento da melhoria da qualidade numa revisão de práticas (OE, 2019).

A aprovação da consulta demonstrou a concordância dos órgãos superiores acerca da pertinência do projeto, tendo sido possível iniciar a consulta nas últimas semanas de estágio, após terem sido efetuados contactos com cada adolescente que preenchesse os critérios, via telefónica ou presencialmente. Foi reveladora a aceitação por parte dos adolescentes e respetivos pais, no interesse e curiosidade demonstrados e, posteriormente confirmados pela presença assídua nos agendamentos. Esta consulta não seguiu nenhuma estrutura rígida ou guião, mas opcionalmente privilegiava a observação e a conversa informal para perceber quais os padrões de conduta assim como interligar com o contexto relacional e ambiental que possam interferir com o crescimento e desenvolvimento de cada adolescente. Deste modo, são

abordados temas de encontro às necessidades demonstradas pelos adolescentes, privilegiando focar os estilos de vida, comportamentos de saudáveis *versus* de risco, alterações físicas inerentes ao crescimento, relações interpessoais, entre outros.

Conseguiu-se promover um espaço de reflexão, com partilha e esclarecimento de dúvidas, receios, sentimentos e expectativas por parte dos adolescentes e pais e, simultaneamente, promover o *empowerment* destes na compreensão da sua saúde e na aquisição de competências positivas. No decorrer destas consultas foi possível definir estratégias de promoção de um ambiente de segurança e bem-estar na relação pais-filhos e criança-crescimento, propício ao seu desenvolvimento saudável.

O atendimento ao adolescente deve respeitar os princípios éticos da confidencialidade, privacidade e sigilo, como são exemplos da qualidade e da boa prática. A entrevista constitui uma parte essencial deste atendimento, onde se podem avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo, estabelecer uma relação terapêutica, atuar preventivamente, e principalmente atuar sobre os problemas identificados (OE, 2010). Embora esta consulta não decorra unicamente com base na entrevista, a EEESIP orienta a sua intervenção pelas respostas verbais (e não verbais) e pelos comportamentos, na diligência pela sua autonomia, individualidade, expressão da sua potencialidade máxima com compreensão pela responsabilização crescente.

Cumulativamente, foi contributivo e vantajoso para o projeto individual a dinamização de outras atividades, nomeadamente, elaborar algum material informativo acerca de um projeto em desenvolvimento intitulado “Vacinar a amamentar”, que fosse apelativo e de fácil consulta. Assim, realizámos um Folheto e um Poster (Apêndice I) intitulados “Saúde com Amor” onde são dados a conhecer os benefícios do leite materno e divulgadas as vantagens associadas à amamentação como intervenção não farmacológica eficaz durante procedimentos dolorosos, recomendada pela OMS. Os resultados práticos foram bastante positivos, com pais interessados, curiosos, disponíveis e satisfeitos. Neste projeto participavam conjuntamente uma EEESIP e uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, num trabalho em parceria a um mesmo objetivo, aproximar os pais dos cuidados e estimular às boas práticas e escolhas informadas na saúde dos seus filhos.

A área da qualidade está em desenvolvimento contínuo e espera-se que os profissionais sejam proativos e tenham iniciativa em incorporar diretivas e conhecimentos científicos na prática, valorizando-se o contributo dos vários profissionais de saúde.

Estas intervenções de carácter autónomo ou interdependente enquanto EEESIP, vão de encontro às linhas de orientação do PNS, onde consta o papel determinante no apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde, o trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde e a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (DGS, 2015).

2.2. Cuidados de Saúde Hospitalares - Unidade de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática

As semanas entre 17 de Setembro a 12 de Outubro de 2018 marcam o início do Estágio Final, a concretizar-se em cuidados de saúde em contexto hospitalar. Este Estágio decorreu num Hospital Pediátrico do Centro Norte, na Unidade de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática (UCQTH). É composta por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, em que a equipa de enfermagem tem 27 elementos e, destes, 7 são EEESIP. O enfermeiro em funções de chefia está encarregue da organização dos cuidados de enfermagem, sendo substituído por um segundo elemento que desempenhe funções como enfermeiro responsável, na sua ausência e sempre que se justificar. A equipa organiza a prestação de cuidados segundo o Método Individual de trabalho, em consonância com as orientações do Modelo de Cuidados de Anne Casey.

Esta unidade funcional tem a capacidade para 31 vagas, idealmente distribuídas entre 2 vagas para crianças queimadas, 5 vagas de Hepatologia e as restantes para Cirurgia. Destaca-se no seu espaço físico, 10 quartos duplos e 9 quartos individuais, dos quais 2 estão preparados para medidas de isolamento respiratório. Existe ainda 1 sala de balneoterapia, 1 sala de tratamentos e 1 sala de atividades.

Para este contexto de estágio delineamos como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório a crianças com patologia hepática, do foro cirúrgico e à criança queimada e respetivas famílias;

- Conhecer os principais fatores causadores de *stress* para os pais e crianças, durante o período de hospitalização e analisar as respostas do EEESIP;
- Analisar de forma crítica as práticas de cuidados à criança e família pelo EEESIP.

A UCQTH integra a Cirurgia pediátrica geral, e as especialidades de Cirurgia Maxilo-facial, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Urologia, a unidade de queimados e a Hepatologia pediátrica. Distingue-se esta unidade como centro de referência de transplantação hepática ao nível nacional, assim como no tratamento de patologia hepática aguda e crónica.

Um serviço cirúrgico compreende, maioritariamente, um período pré-operatório e um período pós-operatório, em que o contato com os profissionais é constante, com experiências por diferentes ambientes de cuidados. Numa unidade de internamento constitui-se como primordial a realização de um acolhimento apropriado, para que a criança e pais se sintam verdadeiramente acolhidos e que possam, desde logo, estar à vontade para esclarecer dúvidas, interagir e estar confortáveis no seu papel. A falta de um ambiente familiar num momento que, inevitavelmente interfere com a dinâmica familiar e com o sentido de segurança de uma criança, confere aos pais uma responsabilização maior no seu papel protetor. Este, compreensivelmente será apenas, na medida do seu poder. Para a criança, os pais serão sempre a sua proteção, em primeiro lugar.

A gestão do risco nas unidades funcionais e a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que confira segurança e proteção, são constituintes da competência geral: criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). A importância da segurança no ambiente hospitalar, não só a nível de prevenção de incidentes e acidentes, mas na atuação preventiva de ambientes prejudiciais e que ponham em risco o bem-estar da criança e pais, deve ser uma preocupação constante do EEESIP.

Os pais no hospital pretendem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros ativar este processo, com aceitação e integração sólidas, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança parental para que possam gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do filho (OE, 2015c). O facto de a maioria dos internamentos advir de hospitalização programada atenua a mudança de ambiente inesperado, uma vez que os pais são incentivados a preparar o seu filho para o ambiente hospitalar. Um ambiente significativamente mais restrito e controlado a que não estão habituados, mas que pode ser mantido acolhedor, adequado e seguro para a criança, diminuindo a sua ansiedade.

Estruturalmente na UCQTH as enfermarias são partilhadas no máximo por duas crianças, o que lhes dá companhia e simultaneamente não perturba demasiado e possibilita manter as medidas de segurança.

Os serviços de internamento dispõem de recursos materiais e humanos que, a partir de atividades lúdicas e educativas contribuem para o desenvolvimento global e contínuo das crianças e jovens. No serviço em causa, no seu ambiente físico, existem cores alegres, pinturas e ilustrações nas paredes e janelas, uma sala de brincar com educadoras, onde existem jogos e atividades lúdicas, uma sala de espera preparada com brinquedos e uma sala de convívio preparada para adolescentes.

Os procedimentos necessários a uma intervenção cirúrgica, quer os procedimentos pré-operatórios quer os pós-operatórios, podem ser invasivos e assim, é benéfico que se proporcione experiências menos traumáticas possíveis. A existência de protocolos de preparação pré-cirúrgica, onde estão normalizados os procedimentos gerais de atuação, nomeadamente como no protocolo de pré-sedação, são uma mais valia pois, consegue-se reduzir a quantidade de procedimentos que habitualmente são realizados na enfermaria e minimizar os sentimentos de medo e rejeição pelo ambiente e pelos profissionais envolvidos. Para os pais deve ser dirigida atenção no sentido de os informar sobre os tratamentos e envolvê-los na tomada de decisão. De acordo com OE (2015b) este procedimento é tido como um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados. Ressalvam a necessidade de iniciar um processo interativo entre o enfermeiro e os pais, baseado na autenticidade e honestidade da relação.

Atualmente e cada vez mais, a importância da dimensão subjetiva das experiências de saúde e doença é considerada na abordagem das crianças e jovens. Neste contexto, Carvalho, Silva, Machado e Rosa (2016) desenvolveram um estudo experimental com adolescentes com necessidade de internamento a fim de construir um Programa de preparação psicológica para a hospitalização. Foram testadas correlações entre as variáveis ansiedade, autoeficácia e vinculação e o efeito do programa sobre os níveis de ansiedade. Concluíram que este programa demonstrou ser uma ferramenta eficaz na minimização das respostas emocionais negativas como a ansiedade e da sua repercussão aos níveis pessoal, familiar e social.

Estes autores basearam o seu estudo nos pressupostos de que a criança e jovem modifica o seu comportamento perante a hospitalização, pela confrontação com ameaças ao

seu bem-estar como sejam os equipamentos, os procedimentos, a separação ao ambiente familiar, o medo de dor e do desconhecido. A ansiedade é a resposta emocional mais frequente, podendo estar relacionada com os fatores reais do contexto hospitalar ou com a ideia que a criança ou jovem têm do mesmo. Este sentimento de ansiedade pode despoletar comportamentos desajustados e ter implicações na recuperação. Os pais sofrem igualmente, ficam destruturados e cabe aos profissionais criar as condições para que o internamento seja o menos traumatizante possível. Efetivamente e, segundo OE (2015b), é inquestionável ao enfermeiro possuir um conhecimento científico que lhe permita perceber os comportamentos dos pais, que traduzem a sua dificuldade em se adaptar ao processo de doença e logo à hospitalização.

Segundo Carvalho (2012) palavras e silêncios, gestos e expressões faciais e sobretudo ações das crianças e pais traduzem a necessidade de um olhar mais atento sobre as experiências mais perturbadoras da doença e tratamentos.

Nas respostas emocionais mais emergentes por parte dos adolescentes destaca-se a autoeficácia e a vinculação, hipóteses que foram testadas. A autoeficácia reflete a perceção sobre a capacidade de *coping* e a sensação de vinculação compreende a sensação de segurança e o sentimento de bem-estar e conforto. Carvalho *et al.* (2016) sublinham que os processos subjacentes à hospitalização podem desencadear o medo pela despersonalização, notando que a vulnerabilidade depende da avaliação subjetiva do evento, do processo de adaptação e do seu confronto. Gaudêncio *et al* (2000, cit. por Carvalho *et al.*, 2016) refere que dotar a pessoa de estratégias de confronto ajuda a obter controlo sobre o *stress* causado pela doença ou cirurgia.

Portanto, para uma experiência positiva, está mais do que justificada a necessidade de existir um vínculo e uma proximidade entre o profissional e a criança ou jovem. Como refere Carvalho (2012) “o propósito direciona-se para as necessidades numa relação terapêutica, maximizando as capacidades de comunicação, compreensão dos comportamentos e constrangimentos e, também, a possibilidade de treino de um conjunto de estratégias para controlo emocional.” (Carvalho, 2012, p.23).

Obter informações sustentadas sobre o efeito que estas respostas emocionais têm na resposta comportamental direta, permite adequar a prática clínica e elaborar estratégias que promovam o conforto e minimizem as adversidades do internamento. Da mesma forma, o seu efeito benéfico ultrapassa a informação fornecida de forma condensada e padronizada

(Carvalho *et al.*, 2016). Também Broering e Crepaldi (2011) defendem que a intervenção pré-operatória é fundamental para a diminuição da ansiedade, para o incremento da probabilidade de respostas adaptativas e, naturalmente, um aumento de comportamentos de adesão. Os programas poderão incluir a vertente informativa e a psicoeducativa. Estas intervenções promovem um maior controlo cognitivo, com menor perturbação emocional.

A realçar que o estudo de Carvalho *et al.* (2016) levou à criação do projeto ao nível institucional designado “Hospital Sem Medos” que como vimos, nasceu da preocupação dos profissionais sobre os sentimentos aliados à hospitalização e a necessidade de desmistificar o ambiente hospitalar para as crianças e pais. Tem como objetivo principal contribuir para a melhoria da assistência às crianças/jovens e família com informação pertinente fornecida por uma equipa multidisciplinar. Simultaneamente permite treinar competências e capacidades no conhecimento dos medos e nas estratégias na redução da ansiedade. Torna-se assim, mais que um projeto de intervenção um programa pedagógico.

Com este projeto, na consulta de anestesia as crianças e pais são propostas a visitar as instalações próprias do “Hospital Sem Medos”, que acontece duas vezes por mês. À parte de criança em situação pré-cirúrgica, é dada a oportunidade de visita a outras crianças e pais ou mesmo a escolas em colaboração com outros projetos e associações. Nesta visita para as crianças em situação pré-cirúrgica é criado um cenário onde as crianças recriam uma cirurgia. Têm a oportunidade de vivenciar, através da brincadeira, o contato com o meio hospitalar e com os profissionais, onde podem interagir e fazer de conta, e mesmo observar e manipular o material e equipamento. Consegue-se num espaço adequado, tornar o hospital mais acolhedor, lúdico, mas simultaneamente profissional, dinamizado por profissionais atentos e disponíveis, num ambiente terapêutico, pedagógico e funcional (Carvalho *et al.*, 2016).

Para os pais é indispensável a informação que recebem antecipadamente, como preparação para assumirem uma atitude de colaboração e controlo sobre o evento, uma vez que, a própria ansiedade e angústia parental se reflete no comportamento direto do seu filho, aquando de situações de potencial *stress*. A OE (2015c) afirma que a hospitalização de uma criança implica muitas vezes uma crise de identidade dos pais, com incerteza e indefinição do que podem fazer e do que são as expectativas sobre o seu papel. Desta forma, existe benefício para a organização do plano de cuidados, conhecer as necessidades dos pais, cuja satisfação está em estrita relação com a sua participação no cuidado ao filho.

Considerámos importante verificar que se adotavam medidas atraumáticas para procedimentos rotineiros, tal como se respeitava a vontade de decisão das crianças, sempre que a idade e maturidade permitissem. O próprio projeto “Hospital Sem Medos” mostra ser muito positivo, com resultados reais na prática, visíveis pelas reações comportamentais das crianças e pela sua atitude mais descontraída e confiante e, concomitantemente pelos próprios pais, na redução da sua ansiedade, com a adoção de uma postura mais segura e proactiva transmitida aos filhos. Conhecer os principais fatores causadores de *stress* para os pais e crianças, durante o período de hospitalização respeita um dos objetivos a que nos propusemos e, que, conferimos gradativamente ao longo da análise sobre as práticas de cuidados observadas.

A competência cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2018), inclui na sua dimensão realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, com otimização das respostas, ou seja, providenciar cuidados atentos às necessidades e preservar o maior conforto possível.

Outra unidade de competência de extrema relevância, incluída na competência anterior, respeita à adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, incapacidade. As patologias hepáticas podem ser crónicas e como tal, com necessidades de internamento e ou tratamentos frequentes. Todos estes fatores condicionam o estilo e a qualidade de vida da criança e família. As próprias crianças que sofreram queimaduras são sujeitas a tratamentos repetidos e, embora os cuidados físicos sejam adequadamente realizados, o trauma físico e psicológico existe, é reavivado e o *stress* facilmente percebido. Os cuidados físicos específicos que são necessários constituem apenas parte do reconhecimento do plano de saúde a implementar, há que responder às necessidades de suporte afetivo, psicológico e social e mobilizar outros recursos e terapias de forma a promover o melhor para cada situação especial.

A equipa de enfermagem deve basear a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2019), quer sejam conhecimentos adquiridos da experiência, quer sejam os conhecimentos adquiridos pela investigação, de forma a estar atualizado no seu contexto de trabalho e poder decidir o melhor cuidado. Na UCQTH, existe uma sala de tratamento específica para queimados designada de sala de Balneoterapia, com instalações apropriadas à realização dos tratamentos, que permitem fornecer as melhores condições às crianças e suas famílias e a organização de um trabalho multidisciplinar entre diferentes profissionais.

De encontro ao referido anteriormente, aos objetivos de estágio delineados e, como meio de complementar os conhecimentos adquiridos, realizámos pesquisa bibliográfica acerca da evidência científica mais recente na abordagem e tratamento de queimaduras, nas bases de dados credenciadas. Reunimos os documentos e artigos científicos num dossier de consulta para a equipa de enfermagem e outros profissionais (Apêndice II). A prática especializada assenta na busca pela melhoria da qualidade e por novos conhecimentos, para que se possa refletir sobre as práticas e atualizar procedimentos. Assim, assumimos como um contributo pertinente, ser membro proativo, facilitador e dinamizador de aprendizagens, em prol duma prática atualizada e fundamentada, integrando os objetivos do projeto individual.

O EEESIP deve prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018), atendendo às exigências particulares de cada faixa etária. Deve ser capaz de promover na criança e jovem a auto-responsabilização e auto-determinação para escolhas saudáveis e adequadas e no equilíbrio das suas necessidades de saúde. A cada criança está subjacente um potencial de crescimento e desenvolvimento que o EEESIP deve maximizar e orientar a expressão individual de cada criança na busca pela sua autonomia.

A preparação da alta precoce e de forma oportuna, otimiza o trabalho durante o internamento e orienta e planeia a continuidade de cuidados. Enquanto EEESIP tem que se demonstrar uma prática que respeita os direitos e as responsabilidades profissionais e parentais e, portanto, há uma preocupação pela manutenção da estabilidade da criança/pais no regresso a casa. Ainda no internamento devem ser reconhecidas as situações de maior fragilidade em que é imprescindível ativar e mobilizar recursos para a continuação do melhor tratamento em articulação com outras valências. Na UCQTH e especificamente em situações de crianças que sofreram queimaduras ou em situações de especial complexidade ou especificidade de tratamento, após a alta, os tratamentos posteriores são efetuados no internamento. Este procedimento garante a continuidade dos cuidados, a vigilância e acompanhamento da criança e pais pela mesma equipa com quem já existe uma relação de confiança e empatia. Da mesma forma, permite a redução do tempo de internamento, sem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados.

Respeitando a importância de manter os cuidados após a alta, com o recuperar e reorganizar da rotina da criança e pais, revelou-se proveitoso organizar informações úteis aos pais num documento de consulta. Foi elaborado um Flyer intitulado “Cuidados a ter com as

feridas por queimadura” em formato de guia de orientação para os pais (Apêndice III). Abarca os cuidados a ter durante o internamento, mas é essencialmente direcionado para os cuidados após a alta, no ambiente de casa. De leitura simples, tenta ser esclarecedor sobre questões da rotina diária importantes a manter ou a adotar.

A informação é o elemento essencial na preparação para a alta e dotar os pais com os instrumentos necessários ao bom desempenho do seu papel, ressalva o continuum de cuidados em parceria, com a centralidade na família e nas suas potencialidades enquanto cuidadores formais e primários. O desenvolvimento desta atividade promove a linha de investigação na qual assenta o projeto individual “Segurança e qualidade de vida”, na medida em que o conhecimento das boas práticas otimiza a segurança, o conforto e o bem-estar da díade, para a maximização da saúde.

2.3. Cuidados de Saúde Hospitalares - Consulta Externa de Pediatria

Entre o período de 15 de Outubro a 9 de Novembro de 2018 decorreu o estágio em contexto de Consulta Externa de Pediatria (CEP), num Centro Hospitalar do Algarve. É uma unidade funcional que integra o Departamento da Mulher, da criança e do Adolescente, destinada a prestar cuidados de saúde em ambulatório a crianças até aos 17 anos inclusive. Tem como principais valores o trabalho em equipa, o rigor, a gestão participativa, o sentido de presença, a ética e os cuidados centrados na criança/família.

Este serviço é dotado de uma equipa de profissionais de diversas áreas, que colaboram coletivamente para dinamizar e diversificar as áreas de abrangência, de forma a fornecer a melhor resposta à comunidade. A equipa de enfermagem possui 7 elementos, com 3 Especialistas, 2 EEESIP e 1 Especialista em Enfermagem Comunitária. A organização dos cuidados de enfermagem é realizada pelo Enfermeiro em funções de chefia, que em substituição é assegurada por um segundo elemento como enfermeiro responsável. A equipa trabalha de acordo com o método individual em conjugação com o método por responsável.

A CEP possui ainda uma sala de colheitas onde são realizadas colheitas de amostras para a análise em articulação com as variadas consultas de especialidade e as recolhas para o exterior.

Existem ainda salas de triagem, onde cada criança é avaliada por enfermagem previamente à consulta médica, salas de consulta e ginásio.

Determinamos como objetivos específicos para este estágio:

- Adquirir conhecimentos acerca da dinâmica de funcionamento da consulta e da organização das consultas de especialidade;
- Compreender a importância da Consulta Externa como valência essencial no suporte e seguimento da criança e família;
- Refletir sobre os contributos do EEESIP na promoção de um ambiente seguro e propício aos melhores cuidados à criança e família.

Na CEP os utentes são crianças provenientes do mesmo departamento, como seja o Internamento de Pediatria, a UCIN, a Urgência de Pediatria ou o Hospital de Dia, ou ainda crianças referenciadas de fontes externas, como os cuidados de saúde primários. Este serviço é constituído por quatro valências de consultas: consultas de Pediatria geral, consultas diferenciadas (Alergologia, Cardiologia pediátrica, Uronefrologia, Dislipidemia e Obesidade, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia e Pneumologia), o Centro de Neuropediatria e Desenvolvimento e ainda outras valências (Psicologia, Pedopsiquiatria, Nutrição, Genética e Hematologia). O Centro de Neuropediatria e Desenvolvimento desenvolve consultas nas áreas da Neurologia e Desenvolvimento, Desenvolvimento, Neonatologia, Psicologia, Medicina Física e Reabilitação Pediátrica e Terapia em Neurodesenvolvimento.

As diversas especialidades introduzidas nas consultas externas são descritivas da complexidade de conhecimentos que cada profissional deve ter, tal como da responsabilidade de as integrar como enfermeiro de referência. A maioria das consultas funciona com a colaboração de Pediatra e Enfermeira. Em determinadas consultas de especialidade, há a agregação de outros profissionais, como Dietista e Psicóloga, que em articulação realizam uma avaliação particular para um plano de cuidado completo e direcionado. O funcionamento destas consultas de especialidade segue orientações específicas, nomeadamente de protocolos institucionais que são alicerçados por normas e protocolos europeus e internacionais para o diagnóstico e/ou tratamento e seguimento de diversas doenças. Assim, foi-nos possível aprofundar conhecimentos e competências sobre o planeamento e acompanhamento detalhado de acordo com as orientações standard que estão em vigor.

Especificamente, é desenvolvida uma consulta multidisciplinar de defeitos do tubo neural, que é o exemplo do verdadeiro trabalho em equipa com Pediatra, Fisiatra, Neuropediatra e EEESIP. A equipa incorpora a gestão da consulta de forma alternada entre os profissionais, onde as crianças são detalhadamente avaliadas e se implementa o plano de ação, em concordância entre os vários elementos. Ressalva-se quer a otimização do tempo, espaço e profissionais, como a rentabilização conseguida de cada um destes elementos e da própria deslocação da criança e família à unidade de saúde.

Um outro projeto implementado designa-se Grupo de Prematuros e conta com a participação de Fisiatra, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e EEESIP. Inicialmente dirigida aos RN prematuros acima das 32 semanas, teve, no entanto, que ser alargada aos grandes prematuros, com necessidade de reorganização e criação de novos grupos, dada a incidência de RN nesta faixa com necessidade de avaliação continuada do seu crescimento e desenvolvimento nas diversas áreas. Este grupo é reunido 1 vez por mês até que o RN complete 12 meses de vida. A complementaridade de esforços e de trabalho conjunto concretiza o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e proporcionar um espaço menos formal de seguimento de RN prematuros.

Em todas estas consultas e no grupo de trabalho, o enfermeiro tem um papel de especial relevo por ser enfermeiro de referência para cada umas das consultas em específico. Isto significa, ser detentor de conhecimento científico vasto e atualizado na área em questão, ter disponibilidade para trabalho em equipa e a capacidade para estabelecer uma relação de cuidados terapêutica com a criança e família, uma vez que o conhecimento aprofundado da situação de saúde e o seguimento regular o tornam possível. Como vimos, em consultas específicas, encontramos um EEESIP como enfermeiro de referência, não aleatoriamente, mas por reconhecimento como profissional mais diferenciado para prestar cuidados exemplares. Assim, encontramos exemplificadas as competências gerais de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e de basear a sua práxis especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2019), e como competências específicas, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2018).

Efetivamente, assiste-se à criação de uma parceria de cuidados que visa a maximização da saúde da criança e família, ao potenciar dos ganhos em saúde pela integração em diversas

terapias promotoras do crescimento e desenvolvimento. A complexidade e especificidade de alguns dos casos torna verdadeiramente desafiante o trabalho desenvolvido e mais gratificante as competências adquiridas. O apoio do papel parental e a sua capacitação na gestão do regime de cuidados crê-se indispensável na intervenção do EEESIP.

Os objetivos primários de um pai/mãe são promover a saúde dos filhos, garantir o ganho de aptidões necessárias para a sua gradual autonomia e assegurar competências comportamentais que otimizem valores e crenças culturais. Contudo, a literatura diz-nos que existem vários fatores que afetam a transição para a parentalidade, nomeadamente a idade dos pais, a qualidade do relacionamento parental, as experiências prévias, os sistemas de apoio e os efeitos do *stress* no comportamento parental (Hockenberry & Wilson, 2011). Na CEP podemos assistir à motivação parental e ao envolvimento continuado num conjunto de práticas de reabilitação e terapias, para a otimização da saúde e bem-estar dos seus filhos. Ser pai e mãe de uma criança com necessidades especiais associadas a deficiência ou a doença crónica representa cuidados específicos e constantes, onde se destaca uma componente de aprendizagem de habilidades e competências, nem sempre facilitada. À transição para o desempenho do papel parental, acrescem as características especiais e a necessidade de ajuste, o que pode significar uma fonte adicional de *stress*.

Neste ponto, importa indicar os sistemas de apoio que fortalecem a dinâmica familiar, como sejam os recursos internos e as estratégias de enfrentamento. Quer a capacidade de ajuste quer a capacidade de integração, na flexibilidade e organização dos pais e na manutenção de um sentido de continuidade na manutenção de rotinas enquanto casal, refletem uma adaptação bem-sucedida. Outra fonte de suporte que ajuda a delinear o sucesso da família encontra-se ao nível do apoio social, de recursos comunitários e do apoio interpessoal nas relações e interações com o meio (Hockenberry & Wilson, 2011).

As exigências do crescimento e desenvolvimento infantil devem ser consideradas continuamente nos cuidados de enfermagem, adequado a educação para a saúde. A comunicação efetiva e eficaz é a chave para um resultado positivo, com uma observação atenta aos comportamentos. Promover a auto-estima, com comportamentos saudáveis em saúde, em conjugação com a adaptação constante à situação de saúde que traz a criança/jovem ao hospital deverá ser facilitada sempre que possível.

Importa perceber o ambiente de cuidados de cada contexto, na definição de estratégias e na implementação de ações direcionadas. É essencial que se sustente as práticas com saber e competência especializada, otimizando a cooperação e a comunicação entre os profissionais e pais, na mudança de padrões de comportamento. O papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias que vão de encontro às necessidades em saúde da população, considerando por exemplo, a gestão do ambiente envolvente como fator de relevo no processo de crescimento e desenvolvimento da criança. Este processo quer-se que seja o mais seguro possível e, nestes termos, detetou-se a necessidade de alertar os pais para as medidas de segurança a adotar em casa. Várias campanhas são habitualmente levadas a cabo com este propósito, no entanto, verificou-se que os pais solicitam a colaboração dos profissionais nesta área. Face a esta solicitude, foi elaborado uma *Checklist* de segurança para o ambiente físico de casa (Apêndice IV), de fácil leitura e intuitiva.

Pretendeu-se incentivar ao desenvolvimento da parentalidade, na adequação das medidas de segurança e na gestão dos fatores de risco do ambiente doméstico, pela qualidade dos cuidados parentais, no domínio da nossa linha de investigação e como contributo para o projeto de intervenção.

Em análise, considerámos que os objetivos propostos foram alcançados, existindo um maior conhecimento acerca da dinâmica funcional da CEP e da sua relevância na articulação entre especialidades e serviços, bem como, nos contributos do EEESIP para a promoção de um ambiente seguro e propício aos melhores cuidados à criança e família.

2.4. Cuidados de Saúde Hospitalares - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As últimas semanas de estágio decorreram entre 12 de Novembro de 2018 a 18 de Janeiro de 2019, numa UCIN da região do Algarve. Esta Unidade faz parte da Unidade de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, e inclui um Internamento de Cuidados Intensivos Pediátricos. É constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, sendo a equipa de enfermagem de 36 elementos, com 22 EEESIP. A organização dos cuidados de enfermagem está ao cargo de um elemento em cargo de chefia e na sua substituição por um segundo elemento que desempenhe funções como enfermeiro responsável. A equipa trabalha

de acordo com o método de equipa e segundo as orientações do Modelo de Cuidados de Anne Casey. Tem a capacidade de internamento de 21 crianças, em que 12 vagas são da UCIN (3 delas destinadas a grandes prematuros), 3 vagas para Intensivos Pediátricos e 6 vagas no Berçário.

Para este contexto de estágio, definimos os seguintes objetivos específicos a alcançar:

- Desenvolver conhecimentos sobre a metodologia NIDCAP e aprofundar conhecimentos relacionais e comunicacionais para a prestação de cuidados ao RN prematuro e pais;
- Reconhecer os fatores causadores de *stress* para os pais numa UCIN e identificar estratégias de educação para a saúde na melhoria da gestão do ambiente físico e psicossocial;
- Promover a capacitação no desempenho do papel parental e o envolvimento nas atividades e cuidados relacionados ao RN;
- Analisar as práticas de cuidados do EEESIP ao RN e pais.

Esta UCIN assiste toda a região do Algarve como centro de referência no âmbito de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica. Esta unidade distingue-se pela diferenciação dos cuidados neonatais prestados, assente num programa integrado e de assistência ao desenvolvimento do RN prematuro, o *Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program* (NIDCAP).

A prestação de cuidados alia uma perspetiva individualizada e centrada na família, à implementação de medidas favoráveis ao desenvolvimento neurocomportamental do RN, minimizando o impacto do internamento e da dinâmica de cuidados intensivos. Os profissionais que integram esta unidade partilham um objetivo comum, o de aperfeiçoar as condições assistenciais, relacionais e afetivas ao RN e respetiva família. Como tal e em prol de boas práticas clínicas, esta unidade conta com profissionais formados, em treino específico de observação e avaliação do desenvolvimento do RN.

Este modelo de cuidados surgiu no Reino Unido, com um rápido reconhecimento de resultados e mais valias e, consequente disseminação por vários países, incluindo a Europa. Em Portugal o modelo NIDCAP foi inicialmente adotado no Porto, sendo a sua implementação estabelecida noutros pontos do país mais tarde. Desde então que tem sido, mais que uma meta a cumprir, um compromisso de todos os profissionais de saúde na promoção diária do respeito e conforto do RN e no fortalecimento de laços familiares.

Nascer prematuro significa ser exposto precocemente aos estímulos e desafios do mundo exterior e, ao incluir a necessidade de hospitalização, acresce-se toda a movimentada e ruidosa realidade hospitalar. Uma UCIN é essencial para garantir a sobrevivência de um RN prematuro, contudo, o seu ambiente inesperado e excessivo, com demasiados estímulos sensoriais, é potencialmente prejudicial, dada a imatura organização e atividade cerebral do prematuro. Os grandes prematuros são especialmente vulneráveis às experiências sensoriais do ambiente exterior, que afetam negativamente o seu desenvolvimento cerebral. Todos os procedimentos realizados diariamente, influem de forma significativa no bem-estar do prematuro (Guimarães, 2015).

De forma a fornecer as melhores condições para o seu normal e saudável crescimento e desenvolvimento, atentando a benefícios a longo prazo, foi criado o NIDCAP, que consiste numa filosofia de cuidados especializados, num ambiente favorável e sensivelmente seguro. O seu intuito é minimizar o impacto negativo dos fatores exteriores sobre o cérebro imaturo do RN e simultaneamente, promover ou facilitar os aspetos que o influenciam de forma favorável (Butler & Als 2008; Guimarães, 2015).

É uma forma integrada e holística dos cuidados para o desenvolvimento, centrados na criança e na família. Dada a sua natureza individuada, estes cuidados não obedecem a protocolos, mas são antes assentes em linhas de orientação. Os profissionais devem estar atentos e saber interpretar os sinais do RN de forma a orientar o melhor cuidado (Guimarães, 2015). A adaptação individual e planeamento dos cuidados baseia-se na observação detalhada, cuidadosa e repetida dos comportamentos. Os RN dão pistas importantes sobre o que lhes causa *stress* ou conforto. A partir daí, o ajustamento contínuo do cuidado é essencial para o bem-estar do RN, das suas forças, do sentido de competência e eficácia dos cuidados. Estas intervenções devem iniciar-se logo após o nascimento, de acordo com estes sinais comportamentais (Butler & Als 2008).

Segundo os autores supracitados, o NIDCAP reconhece a família como a estrutura central, estável e contínua ao longo da vida do RN e, portanto, assegura a sua função primária e principal como cuidadores na colaboração, suporte e parceria de trabalho. O respeito pelo núcleo familiar revela-se essencial, a par com outros aspetos importantes desta filosofia, como sejam a promoção do aleitamento materno, o contato pele com pele, as sessões de educação para a saúde, a preparação para a alta segura, a participação nas visitas médicas, a permanência ilimitada dos pais, entre outros.

Estes cuidados requerem investimento não só dos profissionais, com destaque para o aumento da autoconsciência e sensibilidade no seu trabalho, mas igualmente da família, onde os próprios desempenham um papel ativo no encontro e superação das suas expectativas. Desenvolver esta consciência foi nosso objetivo que, apreciamos como validado.

Encontra-se comprovado que estas intervenções melhoram a resposta do RN e, portanto, melhoram quer os *outcomes* clínicos dos tratamentos, quer a resposta comportamental e a função e estrutura cerebral. Destaca-se o seu efeito positivo na família, pelo aumento do sentido de competência (Butler & Als 2008).

Não obstante, é igualmente reconhecido que o sucesso destas intervenções depende de uma abordagem multiprofissional e no compromisso individual para com uma filosofia de cuidados. Efetivamente, a realidade de trabalho desta UCIN crê exatamente esta premissa. Um esforço conjunto e unidirecional dos profissionais que, maior proximidade têm, com os cuidados de saúde. Sem querer subvalorizar os demais, os cuidados de enfermagem são especialmente reveladores do todo que se investe. De uma maneira geral, é notória a preocupação dos enfermeiros com a abordagem de cuidados ao RN e família.

Falar de prematuridade, segundo Souto *et al.* (2007), envolve diversas considerações, entre as quais, os aspetos psicoafectivos, nomeadamente as questões relacionais com destaque para a relação pais-filho. A questão da adaptação dos pais ao nascimento do prematuro envolve um processo de luto relativamente ao bebé idealizado, com o despoletar de sentimentos que vão desde o choque à tristeza, ou de forma interativa e transacional, surgem reações ao internamento, seguindo-se as reações ao comportamento de interação do filho e à forma como este vai cumprindo as suas tarefas de desenvolvimento.

É na UCIN que estes RN permanecem até alcançarem o desenvolvimento e maturação necessária ao restantes crescimento em casa junto dos pais. E, é igualmente na unidade que se inicia o contato entre pais e filhos (Souto *et al.*, 2007).

Tal como descrito no enunciado de competências gerais do enfermeiro especialista, este tem que promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, criar e manter um ambiente terapêutico e seguro e assentar a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento (OE, 2019). É essencial fundamentar as intervenções com conhecimentos atualizados e normativos da qualidade,

adequando à situação específica. A abordagem de cuidados segue um plano apropriado e flexível para com o RN e suas necessidades, gerido em parceria com os pais.

Saber fazer a gestão diferenciada do bem-estar, estar atento aos sinais comportamentais do RN em resposta às suas necessidades, preferir a manipulação mínima, posicionar com respeito pelas posturas flexoras e extensoras, obedecer aos cuidados atraumáticos, são práticas comuns em neonatologia, que fazem a diferença entre os cuidados personalizados e atentos ao desenvolvimento e os cuidados gerais. Estes cuidados são exemplos da atuação especializada do enfermeiro, que presta cuidados específicos em resposta às necessidades das diferentes etapas de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018).

O sentido de compromisso que se estabelece entre a equipa de enfermagem e os pais, para que exista um efetivo trabalho em conjunto, em parceria, orienta a partilha de cuidados. O contacto entre pais e filho é efetuado na fase inicial do acolhimento e logo que possível, os pais são convidados e incentivados a ser responsáveis pelos cuidados básicos ao seu filho. Ressalva-se aqui a importância a um acolhimento precoce como intervenção primária e imprescindível para o decorrente sentimento de aceitação dos pais, e minimização de sentimentos de alienação e perda. A desmistificação do ambiente envolvente revela-se tão importante quanto as restantes intervenções de enfermagem que se seguem. As expectativas dos pais tal como a sua experiência é significativamente influenciado pela forma como os profissionais interagem e comunicam logo à partida. Gradualmente, são dadas oportunidades de desempenharem o papel de cuidadores para que possam partilhar experiências e desenvolver competências. É fundamental a co-responsabilização e co-organização de tarefas e cuidados entre a díade e o enfermeiro responsável.

De acordo com Jorge (2004) a participação no cuidar não só diminui a angústia como tende a potenciar a autoestima materna/paterna perante as suas competências e habilidades. Souto *et al.* (2007) reforça que pode ser um processo lento e com interrupções, mas vital, pelo que não se pode apressar o investimento no bebé, em equilíbrio com o benefício do contacto estimulante dos pais ao desenvolvimento do bebé, o mas precoce quanto possível.

O envolvimento da família constitui um elemento fundamental da boa prática de cuidados e do próprio sucesso desta, tal como, dos resultados inerentes aos processos de tomada de decisão e de negociação. A relação de confiança com os pais integra a base dos cuidados de enfermagem à criança, na promoção do papel parental em ambientes não

familiares e na majoração de experiências positivas de aprendizagem, responsabilização e consciencialização de competências parentais.

Souto *et al.* (2007) aludem a que se enfrenta diariamente a exigência técnica e clínica, como a do contato humano nos seus aspetos mais delicados, atendendo sempre à indispensável ajuda aos pais na compreensão do seu bebé, a ultrapassar barreiras na expressão dos seus sentimentos e na unificação da relação de vinculação e parentalidade.

O ICN (2016) apresenta a seguinte definição de parentalidade:

“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICN, 2016, p71).

E, para papel parental a definição assemelha-se à anterior com o acréscimo “... expressar estas expectativas sobre a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos” (ICN, 2016, p71).

A transição para o papel parental pode ser descrita como uma crise, pelos ajustes que demandam o nascimento de um filho e o desafio que representa estar preparado 24h por dia. (Hockenberry & Wilson, 2011). Aos pais espera-se que exerçam a sua função parental, muitas vezes ainda em processo de aprendizagem, em simultâneo com a integração do seu papel de cuidadores formais em condições não esperadas, e que, no final o resultado seja positivo. Este processo constitui-se como penoso, senão mesmo, razão de crise e de destruturação do equilíbrio familiar e individual.

Sabe-se que ao desenvolvimento global do bebé, a oportunidade de contacto personalizado por um adulto com quem possam continuar a estabelecer uma relação única é significativamente proveitosa (Souto *et al.*, 2007). Não obstante e, perante todos os aspetos relacionados com o contexto e com as características individuais a cada pessoa, sabe-se que a hospitalização de um filho representa uma situação de crise na estrutura familiar, geradora de um nível significativo de *stress* nos pais, especialmente se acontecer numa UCIN.

A necessidade de procedimentos invasivos ao RN, as condições do espaço físico, a constante vigilância e a quantidade de profissionais são fatores que contribuem para a

despersonalização e para o aumento da ansiedade dos pais (C. Ribeiro *et al.*, 2015). Efetivamente, e em concordância com Souto *et al.* (2007) os pais apresentam várias respostas psico-emocionais relativamente aos seus filhos, sendo os níveis de *stress* maioritariamente observados quanto à perda do papel parental esperado e desejado e quanto à aparência e comportamento do prematuro. Sweet e Mannix (2012) corroboram ao dizer que o *stress* pode ser multifacetado e enraizado em variados fatores, contudo, nos pais de neonatos nascidos prematuramente o sentimento de impotência, associado a elevados níveis de ansiedade e fraca perceção do seu papel enquanto pais de um bebé cuja aparência é frágil e inesperada, é elevado comparativamente aos pais de bebés de termo. Também Diaz *et al.* (2014) referem a linguagem excessivamente técnica, o contacto limitado com o RN ou os receios relacionados com a permanência, repercussões na saúde e desenvolvimento, constituem fortes dificuldades a enfrentar e gerir pelos pais.

A OE (2015c) releva a necessidade de perceber a relação entre a hospitalização e algumas variáveis implicadas, nomeadamente o *stress* familiar na aprendizagem de capacidades e as expectativas dos enfermeiros face às necessidades dos pais, entre outros.

Como vimos o processo de adaptação da família na UCIN pode ser difícil, pelo que os enfermeiros são essenciais nos cuidados familiares, com a função privilegiada da compreensão do bebé/prematuro e sua adaptação, assim como na promoção do papel parental e na subjacente redução dos fatores causadores de *stress*. Foi neste aspeto que dedicamos especial enfoque e que trabalhamos no desenvolvimento e operacionalização do Projeto, dando corpo à problemática do ambiente de cuidados, enquanto elemento fundamental e integrador da prática clínica de enfermagem. Subjacente ao tema “O ambiente de cuidados e os fatores de *stress* parental numa UCIN”, foi definido como objetivo: identificar, na perspetiva dos enfermeiros, quais os principais fatores causadores de *stress* para os pais, no ambiente de cuidados de uma UCIN. Selecionou-se como área de interesse o ambiente de cuidados de uma UCIN e os potenciais fatores de *stress* que estariam associados, com repercussão para a díade, e as estratégias de intervenção do EEESIP.

Com base no exposto, consideramos necessário identificar as intervenções e estratégias de enfermagem passíveis de colocar em prática e que efetivamente sejam minimizadoras dos fatores de *stress* parental, contribuindo para uma efetiva parceria de cuidados. Neste sentido, elaborámos um artigo científico de revisão integrativa de literatura sujeito ao tema “Necessidades parentais e *stress* em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: contributos

práticos dos cuidados de enfermagem” (Apêndice V). Neste artigo pretendeu-se identificar as intervenções de enfermagem a implementar em contexto de internamento em UCIN, a fim de melhorar a resposta dos pais aos principais fatores causadores de *stress*. Esta revisão sobre a evidência científica complementa o trabalho iniciado no Projeto de Intervenção, uma vez que dá resposta às questões levantadas inicialmente e disponibiliza novo conhecimento prático para a implementação e adaptação de intervenções efetivas, estruturadas e direcionadas.

Alves e Guirardello (2016) referenciam a equipa de enfermagem como determinante para a criação de um ambiente seguro para o cuidado, dado o seu amplo conhecimento do ambiente de cuidados e da proximidade ininterrupta de trabalho com o destinatário de cuidados. Tencionámos obter respostas a este nível, pelo conhecimento próximo de uma realidade de cuidados específica, com condicionantes no ambiente direto da prestação de cuidados.

Próprio às competências que diferenciam o enfermeiro generalista do EEESIP encontramos a capacidade de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (OE, 2018). As exigências do crescimento e desenvolvimento requerem que se mobilize vários recursos e competências, não só dos profissionais, mas também dos pais e família. A adaptação do RN à vida extra-uterina e ao seu espaço de cuidados, é significativamente melhorada através da natural e forte relação entre RN/pais. Potenciar os laços afetivos através de estratégias de vinculação, abordagens relacionais e do estímulo à proximidade e ao contato direto entre o RN e os pais, integra o papel do EEESIP, dando resposta à competência que alude ao cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2018).

Como bons exemplos desenvolvidos nesta UCIN existe o método canguru, onde se estabelece o contato pele com pele, e o método Co-bedding, no caso de RNs gémeos. As vantagens deste contato próximo entre irmãos e entre mãe/pai e RN são realmente comprovados no melhor controlo da irritabilidade e agitação do(s) RN(s), na maior facilidade de adaptação à mama, na maior satisfação e diminuição do *stress* parental. A resposta comportamental do binómio é significativamente melhorada, com repercussões positivas no bem-estar de ambos.

O enfermeiro tende a facilitar a relação precoce, como elo mediador entre as dificuldades parentais, num período especialmente sensível de adaptação, o reconhecimento e a valorização das capacidades do prematuro e a preparação, ensino e incentivo dos pais na

construção da relação vital de vinculação (Souto *et al.*, 2007). O enfoque na capacitação dos pais e do seu envolvimento nos cuidados foi essencial como aprendizagem e como objetivo planeado desenvolvido.

Defende-se uma prática de enfermagem que vá ao encontro do outro, às suas necessidades, na sua globalidade. Os enfermeiros representam um sistema de apoio e segurança para os pais. Assim, e tal como afirmam Diaz *et al.* (2014) e C. Ribeiro *et al.* (2015), admite-se essencial responder às suas necessidades, compreender o seu comportamento e agir em consonância. Efetivamente, o reconhecimento de potencialidades e de competências, a par com o fornecimento de informação atempada e adequada, ajudam os pais a integrar-se como verdadeiros elementos da equipa. Além da forte relação que se estabelece entre enfermeiro e pais, pelo significado atribuído na responsabilidade ao cuidado do RN, o enfermeiro tem a competência central em educação para a saúde.

Evidencia-se a necessidade da integração de um processo de educação para a saúde organizado, que permita o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e técnicas que suportem cuidados específicos. É mandatário que a equipa de saúde esteja capacitada para dar resposta às necessidades específicas de saúde, particularmente, por parte do EEESIP, numa abordagem multidisciplinar, com atenção ao contexto sociocultural dos pais e família, para que se proporcione uma combinação de intervenções no âmbito educacional e comportamental. Enfatiza-se o cuidado centrado na família, onde envolver e encorajar os pais a participar ativamente no cuidado é parte integrante e indissociável do processo de empoderamento em saúde. O plano de cuidados ao RN, o qual compreende o processo de educação, deve ser integrativo, contínuo, individualizado e estruturado, de forma a facilitar a adesão, as boas práticas e, naturalmente, conduzir à concretização da meta pretendida, a promoção da saúde.

A experiência de trabalho numa UCIN é simultaneamente avassaladora e estimulante. É gratificante assistir a pequenos grandes ganhos por parte dos RN e perceber, definitivamente o porquê, de serem carinhosamente chamados de super-heróis, são-no inegavelmente!

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

No cumprimento dos requisitos para a aquisição do grau de mestre e da atribuição do título de especialista pela OE e, de acordo com um dos objetivos definidos para as Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final, foi realizado um projeto de intervenção. Este projeto teve carácter transversal e foi organizado no decorrer dos estágios, iniciando-se no Estágio I e com sequência no Estágio Final, que conduziu ao seu desenvolvimento.

De acordo com a linha de investigação seleccionada “Segurança e qualidade de vida” foi identificada uma problemática de interesse, onde as diferentes realidades de cada contexto de estágio forneceram contributos e oportunidades de aprendizagem importantes para a operacionalização do projeto.

Selecionou-se como área de interesse os vários ambientes de cuidados (ambiente físico, emocional e social) e os potenciais fatores causadores de *stress*, com ênfase na hospitalização, nas repercussões para a díade e nas oportunidades de intervenção do enfermeiro especialista.

O processo de adaptação e gestão de comportamentos e emoções subjacentes à situação de saúde/doença de um filho, tal como a necessidade de hospitalização, constituem-se como momentos geradores de crise e de *stress*, sendo o confronto com o ambiente físico das unidades de prestação de cuidados, um dos fatores potenciadores de *stress* nos pais, devendo a minimização desta problemática, constituir-se também, como um foco de atenção prioritário na prestação de cuidados individualizados à criança e família. A prestação de cuidados, deverá assim, estar ancorada não só na parceria de cuidados, mas também no desenvolvimento de práticas seguras, focalizadas nas necessidades parentais, e no ganho de competências ao papel parental, em consonância com a situação de hospitalização

Com base no exposto, propusemo-nos estudar a problemática, com recurso à metodologia de trabalho de projeto, uma vez que esta “é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.” (Ruivo *et al.*, 2010, p.3). esta metodologia faz a ponte entre o conhecimento teórico que é aplicado à prática concreta, com a melhor compreensão da realidade da população, prevendo uma planificação e ação direta e dirigida para transformar e melhorar esta realidade (Ruivo *et al.*, 2010).

A metodologia em causa destaca-se por ser fundamentalmente faseada e gradual, pressupondo intencionalidade, iniciativa, autonomia, autenticidade e prevendo algum grau de complexidade, atendendo à projeção de tarefas. É composto por cinco fases sequenciais, o diagnóstico de situação, a planificação, a execução, a avaliação e a divulgação (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo Fortin (1999) conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar, com vista a alcançar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.

O Estágio I revestiu-se de enorme relevância na consciencialização de que o ambiente físico, emocional e social, não só em contexto de cuidados de saúde, mas igualmente em contexto familiar, continua a deter uma importância basilar no desenvolvimento individual de cada criança, sendo que a intervenção parental deve ser continuamente dotada de conhecimentos e competências ajustadas às necessidades reais.

O Estágio Final compreendeu todo o contexto hospitalar, em diferentes vertentes da prestação de cuidados e, integrou temporalmente, o período maior de estágio. Assim, o projeto de intervenção, com o seu carácter transversal, acompanhou todo este percurso, fornecendo oportunidades para o desenvolvimento de atividades relacionadas com a problemática, culminando com contributos marcantes no contexto específico de internamento, como é o caso da UCIN, onde foi implementado.

Seguidamente descrevemos e analisamos as etapas do trabalho de projeto desenvolvido.

3.1. Diagnóstico de Situação

Seguindo as etapas de metodologia de projeto, a primeira fase respeita à realização do diagnóstico de situação, onde se faz a identificação dos problemas existentes, o estabelecimento de prioridades com base na evolução prognóstica e causalidade e a determinação de necessidades. Deve consolidar a análise do contexto assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança que existem. Ou seja, cumpre um carácter sistémico, dinâmico e prospetivo (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo os autores supracitados, a identificação do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou projeto, em que estabelecem relações entre variáveis, sendo um elemento fulcral para a definição do diagnóstico.

Para o desenvolvimento de um projeto na área da saúde é assim essencial analisar as necessidades das populações alvo, com o intuito de conceber estratégias de ação e de intervenção que equacionem os recursos humanos e materiais disponíveis. A formulação do problema deve ser realizada com base em instrumentos de diagnóstico. De entre os instrumentos e métodos existentes para a definição deste diagnóstico, salienta-se a entrevista, os questionários e a análise SWOT, como os mais comuns na prática clínica.

No sentido de perceber a receptividade ao tema, a sua exequibilidade e potencialidade para uma posterior implementação do projeto, a formulação do problema foi concretizada a partir do uso conjunto de vários métodos: observação dirigida, entrevistas informais e pesquisa bibliográfica.

Estes passos estão em concordância com o descrito por Ruivo *et al.* (2010) onde apontam o recurso à observação direta das pessoas e do contexto, implícita como ponto de partida fiável. Fortin (1999) considera igualmente a observação como a chave do conhecimento e o elemento central no processo de investigação. Observar é considerar com atenção, a fim de melhor conhecer e compreender a realidade. Além da observação, a revisão da literatura fornecerá uma compreensão da teoria existente, situando o investigador no contexto dos conhecimentos atuais.

Primeiramente, foi realizada observação direta dos contextos de cuidados, dirigida aos pais e à atuação e interação dos profissionais de saúde com estes. Nesta primeira fase, a análise fundamentou-se na observação atenta dos comportamentos dos pais perante a saúde dos filhos em ambientes de cuidados de saúde, quer em cuidados de saúde primários, onde o contacto com o profissional de saúde é limitado e determinado pela intencionalidade das consultas, quer em ambientes hospitalares, onde o ambiente é despersonalizado e não familiar e cujo contato com os profissionais se faz de forma constante. Uma observação dirigida permitiu recolher informações úteis sobre os fatores que funcionam como elementos de *stress* para os pais.

Posteriormente, foram consideradas as opiniões de especialistas na área, nomeadamente junto dos profissionais de enfermagem em funções de chefia e com os(as) enfermeiros(as) supervisores(as), a quem foram realizadas entrevistas informais. Foi realizada igualmente uma reunião com a Professora Coordenadora, que, de forma similar, contribuiu com conhecimentos para a validação da problemática. Com as entrevistas a estes elementos chave, pudemos obter respostas indicadoras dos recursos e meios disponíveis, tal como das estratégias facilitadoras para a implementação do projeto.

Segundo Fortin (1999) a entrevista faz parte dos métodos de colheita de dados que permitem obter informações apoiadas em testemunhos dos sujeitos relativas aos factos, ideias, comportamentos, preferências, expectativas, etc. Funciona como método para examinar conceitos, relações e hipóteses; instrumento de medida; complemento na validação de resultados obtidos. Os autores falam de dois tipos de entrevista, a estruturada e a não estruturada, de acordo com os objetivos do investigador. No nosso caso particular, seguimos os parâmetros de uma entrevista informal não estruturada, em que se privilegiou a compreensão do significado dado pelo entrevistado ao fenómeno em estudo, com base em questões não predeterminadas, numa conversação menos formal.

Assim, nesta etapa preliminar e de uma forma global, foi possível verificar que todos os elementos entrevistados reconheciam o tema como pertinente e adequado ao ambiente de cuidados, existindo disponibilidade para colaborar na realização do projeto.

De forma a corroborar o problema, no decorrer dos contextos de estágio foi realizada pesquisa bibliográfica alargada, com consulta de materiais publicados sobre a temática e complementada pela busca nas bases de dados científicas, de artigos atuais, esclarecedores e relevantes.

Fortin (1999) referem que a literatura serve para documentar as ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação. Os dados bibliográficos serão incorporados no problema de forma a apoiar o que se pretende demonstrar.

Toda a evidência de estudos mostra a existência de fatores associados ao *stress* parental relacionado com a hospitalização de um filho e, igualmente, a necessidade de representações dos profissionais de enfermagem, ao nível da identificação e compreensão destes fatores, associados ao ambiente de cuidados.

A definição dos objetivos prevê-se essencial para estruturar o projeto de intervenção. Na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações antecipatórias que possibilitam direcionar e orientar a planificação do projeto. Para o objetivo geral deve ter-se em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim, partindo do nosso diagnóstico inicial da situação, definimos como objetivos gerais:

- Identificar, no ambiente de prestação de cuidados, os fatores causadores de *stress* parental;
- Conhecer quais as estratégias de enfermagem utilizadas para minimizar os fatores causadores de *stress* parental.

De acordo com Ruivo *et al.* (2010) importa não só ter em conta as capacidades adquiridas, tal como, a forma como devem ser demonstradas. Assim, no sentido de atingir os objetivos gerais definimos os seguintes objetivos específicos:

- Promover a relação enfermeiro/pais através de um ambiente de cuidados otimizado a nível físico, emocional e social;
- Desenvolver conhecimentos teórico-práticos acerca dos fatores causadores de *stress* para os pais nos ambientes de cuidados de saúde;
- Reduzir os comportamentos de *stress* por parte dos pais, no contato com o ambiente de prestação de cuidados;

3.2. Planeamento

O planeamento constitui a fase que se segue na metodologia de projeto, onde é elaborado um plano detalhado de ação. Nesta fase, segundo Hungler *et al* (2001, cit. por Ruivo *et al.*, 2010) realiza-se o levantamento dos recursos, são definidas as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma.

A elaboração de um cronograma foi vantajosa pela função orientadora e estruturante de trabalho a seguir, ao longo do percurso formativo. Neste constam as atividades planeadas, devidamente calendarizadas de acordo com os objetivos delineados e em função do tempo previsto para a sua execução. Numa fase inicial foi construído um cronograma, de acordo com

o previsto. Contudo, este instrumento de trabalho tem um carácter flexível e adaptável às condições e condicionantes que possam ocorrer em contexto de estágio. Neste processo iterativo, o cronograma foi sujeito a uma revisão estrutural e temporal, sendo a esquematização final apresentada no Apêndice VI.

Para alcançar os objetivos delineados anteriormente foram estabelecidas atividades a desenvolver e respetivos meios/recursos, consoante os contextos de estágio, que serão expostos nas Tabelas 1, 2 e 3. Não contemplamos o Estágio I correspondente ao estágio em CSP - UCSP, uma vez que nesta fase inicial do projeto o nosso trabalho foi construído essencialmente na reflexão sobre a temática abordada e na realização de pesquisa bibliográfica para a colheita de informação e evidência a nível científico, com recurso a livros, a revistas e artigos científicos publicados num período recente, existentes em biblioteca ou nas bases de dados eletrónicas. A recolha de informação e evidência atualizada foi fundamental para suportar a temática e direccionar o trabalho.

Tabela nº1 – Atividades planeadas para o Estágio Final: UCQTH

Atividades e Estratégias	Recursos humanos e materiais
Realização de estágio na UCQTH	Enfermeira supervisora Professora coordenadora
Realização de pesquisa bibliográfica científica sobre a temática a desenvolver	Computador Internet Biblioteca
Reunião com o enfermeiro em funções de chefia e outros profissionais de enfermagem para averiguação das necessidades do serviço	Enfermeiro chefe Enfermeira supervisora Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão da temática e da sua aplicabilidade no serviço	
Realização de observação direta dos comportamentos dos pais no ambiente de cuidados da USCP	Enfermeira supervisora
Construção do questionário	Professora coordenadora Computador

Uma das atividades planeadas prendeu-se com a elaboração de um questionário direcionado para os pais, como instrumento de apreciação dos seus comportamentos e atitudes na problemática em estudo. De acordo com Fortin (1999) o questionário traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis e ajuda a organizar, a normalizar e a controlar as informações. A sua construção deve atender a indicadores sobre o tema, pelo que é necessário um conhecimento aprofundado do mesmo.

Ruivo *et al.* (2010) mencionam que a sua construção pode ser variada, sendo que questionários de resposta aberta permite uma maior liberdade na elaboração da resposta e de personalização nas características individuais sobre o tema em estudo, enquanto que questionários de resposta fechada há maior facilidade de quantificar e enquadrar as respostas.

Para dar cumprimento às atividades planeadas e, conforme o descrito por Ruivo *et al.* (2010), consideraram-se as estratégias aplicáveis, numa planificação vital de todo o projeto, centradas fundamentalmente na utilização dos recursos disponíveis, nos métodos de execução e na articulação entre os membros fulcrais do projeto. Foi então realizado um levantamento dos meios disponíveis, ou seja, dos recursos humanos e materiais necessários. Como recursos humanos ressaltam-se os profissionais de enfermagem que integram os serviços onde decorreram os estágios no desempenho de um papel colaborativo importante à realização do projeto, destacando-se como principais agentes de mudança e de procura pela melhoria contínua na prestação de cuidados à criança e sua família. A função orientadora da professora coordenadora salienta-se igualmente como recurso indispensável.

Tabela nº2 – Atividades planeadas para o Estágio Final: CEP

Atividades	Recursos humanos e materiais
Realização de estágio na CEP	Enfermeira supervisora Professora coordenadora
Continuação da pesquisa bibliográfica científica sobre a temática a desenvolver	Computador Internet Biblioteca
Reunião com o enfermeiro em funções de chefia e outros profissionais de enfermagem para averiguação das necessidades do serviço	Enfermeiro chefe

Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão da temática e da sua aplicabilidade no serviço	Enfermeira supervisora Sala de reuniões
Realização de observação direta dos comportamentos dos pais no ambiente de cuidados	Enfermeira supervisora
Construção do questionário	Professora coordenadora Computador
Realização de revisão sistemática de literatura sobre a temática	Computador Internet Professora coordenadora

A revisão de literatura insere-se no plano de investigação como um processo pelo qual o investigador faz o “inventário e o exame critico do conjunto de publicações pertinentes” sobre um domínio (Fortin, 1999, p.74). A partir da síntese da pesquisa documental, detêm-se um conhecimento conceptual e teórico, enriquecendo o campo de conhecimentos atuais, assim como permite explorar os métodos utilizados, numa contribuição para gerar novas questões e vias de investigação.

Mais uma vez importa destacar que as atividades estão dependentes de fatores internos e externo, entre os quais se refere o limite temporal a que estão sujeitas. O planeamento inicial previa a aplicação dos questionários aos pais, de forma a obter dados diretos sobre os fatores de *stress* em ambiente hospitalar. Porém, o previsto atraso na resposta por parte das entidades responsáveis pela autorização, a par com o aproximar término do estágio e a redução das hipóteses de contacto com os pais, conduziram a um ajuste na população alvo do questionário. Portanto, dirigimos a nossa atenção para a equipa de enfermagem, que no seu contato direto com os pais representam uma fonte de informação fiável, no sentido de perceber quais os seus conhecimentos e atitudes face à problemática identificada.

Tabela nº3 – Atividades planeadas para o Estágio Final: UCIN

Atividades e Estratégias	Recursos humanos e materiais
Realização de estágio na UCIN	Enfermeira supervisora Professora coordenadora
Continuação da pesquisa bibliográfica científica sobre a temática a desenvolver	Computador Internet

	Biblioteca
Reunião com o enfermeiro em funções de chefia e outros profissionais de enfermagem para averiguação das necessidades do serviço	Enfermeiro chefe Enfermeira supervisora Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão da temática e da sua aplicabilidade no serviço	
Realização de observação direta dos comportamentos dos pais no ambiente de cuidados	Enfermeira supervisora
Aplicação do questionário	Professora coordenadora Computador
Conclusão da revisão sistemática de literatura sobre a temática	Computador Internet Professora coordenadora
Realizar sessão de formação sobre os fatores causadores de <i>stress</i> parental, de acordo com a revisão de literatura.	Sala de reuniões Computador Projetor Folhas de papel e esferográfica

3.3. Execução

Nesta fase da metodologia de projeto materializa-se tudo o que foi planeado, possibilitando a aplicação prática do anteriormente teorizado, ou seja, o que mentalmente foi construído começa a tomar forma e a concretizar-se na realidade (Ruivo *et al.*, 2010).

A investigação aplicada a seres humanos deve levar em consideração a possível causa de danos ou prejuízo dos direitos e liberdades individuais, obrigando à toma de todas as disposições para proteger os participantes. Deve ser garantido e respeitado o direito ao anonimato e à confidencialidade, o que passa pela obtenção de um consentimento livre e esclarecido.

Posto isto, a aplicação dos questionários foi precedida por um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital implicado, que passou pelo preenchimento de

impressos próprios existentes na instituição, anexados a um documento explicativo elaborado para o efeito, como proposta de projeto de intervenção (Apêndice VII). Após o parecer positivo do Conselho de Administração, foi-nos possível avançar com o estudo (Anexo I).

O questionário elaborado foi do tipo misto, com perguntas fechadas e com a aplicação de uma escala de avaliação (Escala de *Likert*) e finalizado com perguntas abertas. Juntamente, agregamos o respetivo consentimento informado (Apêndice VIII). Este questionário teve como destinatários os profissionais de enfermagem em exercício de funções que aceitaram participar voluntariamente no projeto de intervenção.

O questionário foi sujeito à apreciação da Professora Coordenadora e da Enfermeira Supervisora e posteriormente foram entregues em formato de papel a todos os elementos da equipa de enfermagem.

A análise dos resultados dos questionários distribuídos foi realizada graficamente com o programa Microsoft Office Excel, após as 3 semanas estabelecidas para o seu preenchimento. O total de questionários recolhidos foi de 23, dos 36 questionários distribuídos pelo total de elementos constituintes da equipa de enfermagem da UCIN.

Na primeira parte do questionário, realizou-se uma caracterização breve da equipa. A equipa é composta por 36 elementos, maioritariamente do sexo feminino, num total de 34 e apenas 2 elementos do sexo masculino. O intervalo de idades mais prevalente na equipa situa-se entre os 30-40anos. Relativamente aos anos de serviço, encontrou-se uma maior representatividade de elementos com experiência profissional entre os 20 a 29 anos, e especificamente à experiência profissional na área pediátrica, o predomínio situa-se no intervalo entre os 10 a 19 anos.

Na segunda parte encontrava-se o enunciado de resposta fechada com 11 afirmações/frases a fim de conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao ambiente de hospitalização da UCIN e aos seus fatores envolventes, através de uma escala de avaliação de concordância de tipo *Likert* com 4 hipóteses (Discordo totalmente; Discordo; Concordo; Concordo totalmente). Os resultados serão expostos em gráfico no Apêndice IX.

Neste primeiro bloco, notamos um resultado predominante de respostas concordantes, em que analisaremos de seguida com mais detalhe. A primeira afirmação (gráfico nº1) relaciona

ambiente de cuidados e ansiedade, em que se obteve 65,2% de respostas acordantes com esta correlação. A identificação dos cuidados centrados na família como uma prática na UCIN foi corroborada pela totalidade de elementos. Contudo, 17,4% discorda quanto ao envolvimento e participação dos pais de forma voluntária, como se pode averiguar no gráfico nº2.

Gráfico nº1 - O ambiente da UCIN contribui negativamente para a ansiedade dos pais

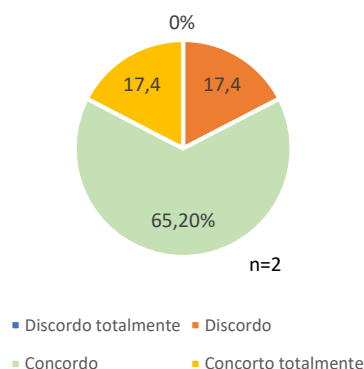
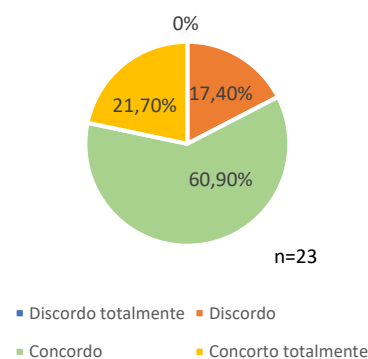


Gráfico nº2 - Os pais que participam nos cuidados ao seu filho de forma voluntária



Relativamente à percepção do *stress* parental pela equipa, resultou uma maioria de 69,6% de respostas afirmativas, entre o concorde e o concordo totalmente (gráfico nº3). A atuação da equipa é apresentada no gráfico nº4, que sugere uma adequação de comportamentos da equipa em relação ao problema identificado, com uma maioria em concordância, embora existam elementos que reconhecem a não concordância entre estas afirmações (8,6% no total).

Gráfico nº3 - A equipa reconhece nos pais comportamentos de *stress*

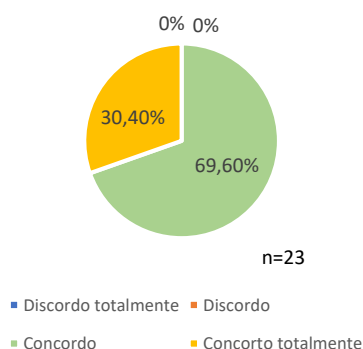
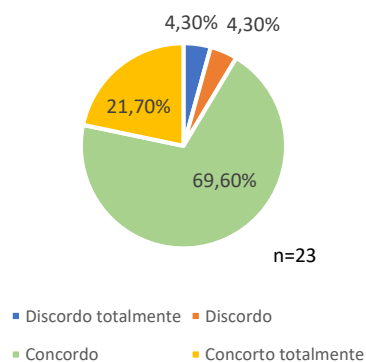


Gráfico 4 - Os fatores causadores de *stress* e dificuldades parentais são minimizados pelos enfermeiros



Alguns dos elementos causadores de *stress* aos pais, comumente identificados na literatura, foram analisados, contudo, pela análise dos resultados podemos inferir que nem todos os profissionais os reconhecem, principalmente no que diz respeito à separação e à perda de controlo durante o internamento, em que se obtiveram 26% e 34,8% respetivamente, de respostas não concordantes (gráfico nº5 e gráfico nº6). Estas percentagens são significativas, juntamente com as obtidas nas afirmações que integram os elementos *stressores*: acesso a informação atualizada e dificuldade de gestão da vida familiar, cujos resultados obtidos de discordância foram 17,4% e 8,7%.

Gráfico nº5 - A separação do bebé é considerada pelos pais como o maior fator de *stress* da hospitalização

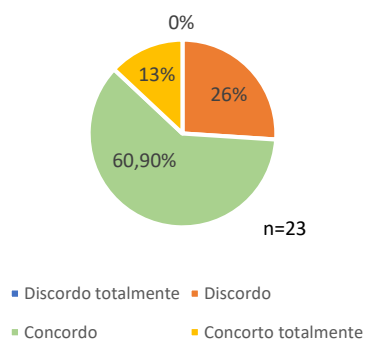
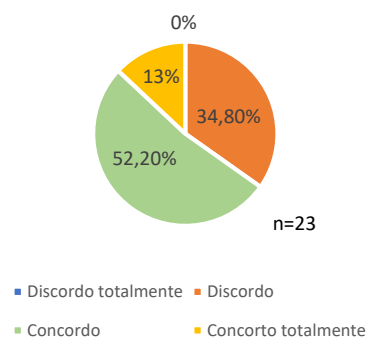


Gráfico nº6 - Os pais têm uma noção de perda de controlo sobre o seu filho e sobre os cuidados



No que concerne às atitudes e comportamentos de enfermagem neste âmbito, a equipa considera o sucesso no estabelecimento de uma relação terapêutica adequada e o uso de uma comunicação eficaz com os pais, com resultados acima dos 90%.

No terceiro bloco do questionário, foram colocadas 2 questões de resposta aberta, no sentido de corroborar as opiniões anteriores e perceber a consciência da equipa sobre o seu trabalho. Assim, a primeira questionava os fatores de *stress* parental que eram identificados. A dimensão clínica foi valorizada, com a maioria das respostas a nomear as características do ambiente físico e a situação clínica e de instabilidade do bebé. À dimensão emocional, com respeito pela alteração/perda de papel parental ou a separação do bebé durante o período de hospitalização foram, consideravelmente, menos realçadas.

A segunda questão direcionava para a prática de enfermagem perante a resposta dada anteriormente. De uma maneira geral, as respostas foram coincidentes e abrangentes, tendo sido focada a importância da parceria de cuidados, das técnicas de vinculação, da comunicação

clara e atempada. Foi igualmente reforçada a necessidade de reuniões mais frequentes entre equipa de saúde e pais e de maior disponibilidade para a relação de empatia.

Ainda que os resultados obtidos mostrem um conhecimento valorizável pelos enfermeiros da UCIN dos elementos causadores de *stress* aos pais, evidencia a falta de apropriação da dimensão emocional, na mesma medida de importância. Em oposição, denota-se maior facilidade na definição de estratégias para a resolução dos problemas identificados.

3.4. Avaliação

A fase da avaliação de um projeto caracteriza-se por ser contínua e permitir uma retroação com vista a facilitar reelaboração /ou redefinição do percurso efetuado. A avaliação deve fornecer os dados necessários para intervir, com a finalidade de incrementar o trabalho desenvolvido, no seu sentido de coerência, eficácia e eficiência. Nesta etapa podem distinguir-se diferentes momentos de avaliação, a intermédia em simultâneo com a execução e a final (Ruivo *et al.*, 2010).

De acordo com o referido anteriormente, sendo a avaliação intermédia um momento de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento, parece-nos indicado fazer a análise do trabalho elaborado, de forma a sugerirmos os ajustes necessários. A implementação deste projeto não foi possível de efetivar na sua totalidade, dadas as limitações temporais e disponibilidade da equipa de enfermagem, assim como, pelos constrangimentos relacionados com os recursos humanos e técnicos relativos ao Conselho de Administração e Comissão de Ética, que implicaram um retardamento na concretização de algumas atividades.

À parte do referido, foi possível executar algumas atividades definidas com o objetivo de identificar, no ambiente de prestação de cuidados, os fatores causadores de *stress* parental e conhecer quais as estratégias de enfermagem utilizadas para os minimizar. Os resultados obtidos na aplicação do questionário mostram uma equipa de enfermagem consciente da ansiedade durante a hospitalização e com perceção do *stress* parental, ainda que nem todos os elementos causadores de *stress* sejam reconhecidos pelos profissionais. Relativamente à atuação de enfermagem, existe o conhecimento das estratégias vantajosas a adotar e a

melhorar. Estes dados vão de encontro aos retirados da evidência científica, o que conferiu um grau de satisfação ao projeto.

Sendo este um projeto em fase de implementação, não é possível realizar uma avaliação final global. Contudo, atendendo ao seu carácter dinâmico, a continuidade e finalização da sua implementação encontra-se prevista.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso formativo incorporou estágios em módulos distintos, de forma sequencial e complementar, que permitiu desenvolver o conhecimento, adquirir e integrar competências técnicas, científicas e de relação, necessárias para a abordagem de cuidados específicos, holísticos e personalizados à criança e família.

Para estar apto para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando níveis de reflexão clínica, gestão de cuidados, fundamentação científica é imprescindível incorporar vários saberes e aptidões. Alarcão e Rua (2005) salientam a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos, onde predomina uma relação interdependente entre os fenómenos físicos, psicológicos, sociais, culturais.

Concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico pessoalizado, contextualizado, socialmente construído e interligado nas suas parcelas. O saber profissional resulta assim da fusão de saberes provenientes da experiência e da disciplina, que conjuntamente fornecem uma visão ampla da realidade (Alarcão & Rua, 2005).

A noção de competência, largamente utilizada neste relatório e ao longo de todo o percurso profissional, é reconhecida ao enfermeiro enquanto profissional detentor de determinadas características pessoais e no campo de atuação prática que, antes de outra definição, é associado intuitivamente à noção de qualidade mensurável.

Alarcão e Rua (2005) elucidam que a palavra competência deriva do latim *competens* que significa o que vai bem com o que é adaptado. Significa uma atuação que vai bem com a situação, ou seja, saber o que fazer em cada situação específica. A nível profissional, a competência do enfermeiro envolve, em si mesmo, sub-competências fundamentais, competência cognitiva, técnica e comunicacional, que por sua vez, se subdividem ainda em micro-competências. Denota-se uma relação e uma articulação entre os saberes e os contextos. Para as autoras, competência é a capacidade de agir em situação, o que implica uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, para quê e para quê. Ainda segundo as mesmas autoras, implica ainda, saber os limites do saber, ou seja, o não-saber, como condição necessária para uma aprendizagem continuada.

Este percurso de construção do saber profissional incorpora várias dimensões, tem um carácter pessoal e é contextualizado nas realidades e nas experiências de aprendizagem.

Benner ajuda-nos a perceber de que forma se concretiza o progresso pessoal e profissional, da teoria para a prática e, contrabalançando, a partir da prática potenciar a teoria. A autora refere que “a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.” (Benner, 2001 p.61).

Os domínios do conhecimento prático só são possíveis de alcançar com uma efetiva prática de cuidados, ou seja, com a experiência que a prática confere ao perfil de conhecimentos de cada profissional. Refletir na e sobre a prática é indispensável no percurso profissional, não somente como método de análise de práticas, mas também como forma e desenvolver um saber fazer que contrabalance, desafie e alargue os conhecimentos teóricos.

Passar de iniciado a perito, enquanto enfermeiro, significa que se conseguiu transpor saberes e integrar novas competências. Efetivamente, o “desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina aplicada consiste em desenvolver o co-conhecimento prático...” através da investigação, da experiência prática (Benner, 2001 p.32).

A perícia desenvolve-se quando se refina a prática real. Ser enfermeiro perito significa que se passou por um estágio em que se era apenas proficiente e competente, para um estágio onde se consegue operacionalizar todo o conhecimento teórico e prático no dia-a-dia. Isto é, a capacidade de tomada de decisão, a interpretação das situações, os conhecimentos desenvolvidos anteriormente, a conjugação do raciocínio teórico e empírico com o resultado da experiência (Benner, 2001).

O profissional está num processo contínuo de construção e reconstrução. Quer pela ciência, pela tecnologia ou pela prática, denota-se a natureza interativa da experiência e do conhecimento. Serrano *et al.* (2011) vêem os profissionais como os responsáveis no processo de mudança e os contextos como perentórios ao desenvolvimento de competências. Significa isto que, enquanto profissional de enfermagem, existe uma interação contínua entre a pessoa e o meio e esta, é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação prática no cuidar. Os mesmos autores afirmam ainda que “Os contextos enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um, pelas singularidades no

coletivo...contextualizadas e consciencializadas promovem aprendizagens ao longo da vida.” (Serrano *et al.*, 2011, p.18).

O contexto é então determinante para o desenvolvimento de competências, considerando a cultura individual de cada serviço um fator chave. A aprendizagem organizacional, em consonância com as características individuais e os processos reflexivos dos saberes acumulados, tornaram possível o desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto profissional, neste percurso.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são enquadradas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais. São nestes domínios que prevalecem as dimensões técnica, científica, relacional e ética, como parte integrante do campo do conhecimento.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A formação do ser ético advém no próprio existir. A pessoa tem a capacidade de decidir com base nos valores, crenças e normalizações sociais. Logo, o agir ético pauta-se pela autonomia da vontade, da escolha, do respeito à integridade, à pluralidade e à alteridade. É a ação que delinea, circunscreve e determina a essência do ser. A ética exige uma reflexão crítica. Somos conduzidos à reflexão, em se equaciona os conhecimentos, a razão, os sentimentos, as aprendizagens acumuladas e os valores construídos socialmente (Malagutti, 2007).

A deontologia é a reflexão sobre as regras e os requisitos éticos ligados a uma atividade profissional, com o intuito de garantir o bom exercício, incorporando igualmente determinações de natureza jurídica e legal. Assim, o código deontológico inclui normas de carácter ético ou moral, que visam assegurar a integridade do profissional, e de carácter jurídico e administrativo, para assegurar a qualidade do exercício. Estas regras deontológicas são determinantes na orientação da ação do enfermeiro, mas não são só por si suficientes para garantir a integridade moral (Neves, 2004)

No artigo 99º da Deontologia Profissional são expressas as premissas gerais que devem orientar o exercício profissional. Nestas constam a defesa da liberdade e da dignidade, no primeiro ponto, e no segundo ponto, a consideração pelos valores universais: igualdade, liberdade, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b).

A pessoa caracteriza-se por ter consciência moral e pela livre vontade. É estar em constante relação e inter-relação com os outros. O ser humano, como pessoa moral, possui uma dignidade absoluta. E é este princípio que deve inaugurar qualquer relação entre quem cuida e quem recebe os cuidados (OE, 2015a).

A reflexão sobre a dimensão ética da profissão de enfermagem e a sua importância na abordagem à criança reveste-se do maior interesse na consideração ao agir profissional como constante desafio. A aplicabilidade destes princípios éticos continua atual, num exercício constante de respeito pela liberdade individual e, simultaneamente, de respeito pela dignidade da pessoa, no direito à saúde como um bem básico. A promoção pela capacidade de pensar, decidir e agir ativamente no que respeita à própria saúde. As necessidades de saúde de cada pessoa revestem-se de complexidade e pluralidade. Tal como nos adultos, a saúde das crianças enfrenta um papel importante em questões relacionadas com a proteção dos seus direitos e na defesa do seu melhor interesse, no equilíbrio entre questões médicas e parentais.

Desenvolver uma prática profissional ética significa atender aos princípios referidos, respeitando e reconhecendo o carácter único de cada pessoa e a dignidade a esta subjacente. A tomada de decisão encaminha o processo do cuidar e deverá ser assente no compromisso da melhor prática para alcançar o melhor resultado. Cuidar da criança entende cuidar da criança e pais/família, como binómio. Atender às necessidades da criança é primeiramente uma preocupação dos pais e, como tal, todo o processo deve ser desenvolvido em consonância com os seus princípios, valores, tradições e cultura. Procurámos sempre salvaguardar os direitos da criança, tal como previsto desde logo na Convenção dos Direitos da Criança, atendendo ao seu interesse superior. Nos vários contextos de cuidados, o respeito pela individualidade de cada criança foi uma constante, desde o planeamento dos cuidados consoante as suas necessidades, à adequação dos procedimentos, da educação para a saúde e à avaliação das práticas. O próprio processo de enfermagem é sustentado pela identificação das necessidades individuais e pela estruturação dos cuidados específicos a cada situação. A adequação das atividades e ações a desenvolver é sempre considerada em função de cada situação, quer seja uma criança com

doença aguda ou doença crónica, tenha sido submetida a intervenção cirúrgica ou necessite de cuidados intensivos.

A criança tem o direito de ser considerada na sua opinião, de receber informação que lhe diga respeito e a que seja mantida a sua privacidade. A gestão de cuidados foi continuamente realizada junto da equipa, nomeadamente com a Enfermeira Supervisora, para que as práticas de cuidados não comprometessem nem a segurança nem a privacidade das crianças. A responsabilidade de manter e/ou assegurar cuidados que zelassem pelo bem-estar da criança e pais motivou a direção do projeto de intervenção e as atividades realizadas no seu âmbito. Respeitando ao atendimento da crianças e pais nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, são exemplos a consulta implementada direcionada à saúde do adolescente, onde questões como a sua auto-determinação e tomada de decisão foram consideradas.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

A definição dos padrões de qualidade pela OE serviram de referencial para a prática especializada, num estímulo sobre a reflexão acerca da qualidade do exercício profissional, na procura pela melhoria da qualidade e no apoio destes processos (OE, 2013). Efetivamente, a preocupação pela melhoria continuada da qualidade assume-se como um compromisso não só dos profissionais, como também das instituições de saúde, que tendem a dirigir esforços para colmatar necessidades em saúde da população.

A complexidade das situações vivenciadas, a par com a subtileza que caracteriza a prática profissional direcionada para o verdadeiro cuidar, tornam difícil quer a compreensão quer a avaliação da qualidade dessa prática. A definição de qualidade e de um cuidar de qualidade, necessita de um significado completo da palavra, uma vez que é esse cuidar que determina o sentido da prática e da própria representação desta. A qualidade apropria-se de diversos domínios do cuidar, e não só dos aspetos práticos (Hesbeen, 2001).

Segundo o autor, a qualidade é composta pelos autores e recetores dos cuidados e família, pelos conhecimentos e competências técnico-científicas, pela formação contínua, atendendo sempre aos aspetos organizacionais e aos aspetos políticos e económicos.

O potencial de melhoria ao nível profissional e nas unidades de prestação de cuidados, foi foco de atenção durante este percurso formativo, onde foi possível desempenhar um papel

dinamizador no apoio e desenvolvimento de estratégias e intervenções. A linha de investigação norteadora do projeto de intervenção assentou na “Segurança e qualidade de vida”, emergindo desde logo a preocupação pelo ambiente e pela maximização dos fatores influenciadores do bem-estar e da saúde. Na UCSP colaborei com iniciativas locais no âmbito da promoção do aleitamento materno e da vacinação, com foco na disseminação de boas práticas de saúde com benefício do bebé e pais. Ainda neste contexto, participei no desenho e implementação da Consulta do Adolescente, inserida num projeto institucional, numa revisão sobre os resultados locais da saúde do jovem, onde a insatisfação com a efetividade dos programas em vigor despoletou uma oportunidade de melhoria. Numa revisão sobre a metodologia de prestação de cuidados a uma população específica, planeou-se uma estratégia de melhoria de resultados.

O fundamento do projeto de intervenção assentou na promoção de um ambiente favorável ao desempenho de bons cuidados, pela identificação dos fatores causadores de *stress* parental na hospitalização e na melhoria das práticas. Levantaram-se questões pertinentes relacionadas com o bem-estar da criança e pais, na maximização do desempenho do seu papel parental, na adequação dos seus comportamentos e na qualidade dos cuidados. No estágio da UCIN pudemos operacionalizar parte do projeto, onde foi aplicado um questionário no sentido de avaliar os conhecimentos e as práticas sobre a influência do ambiente e dos fatores causadores de *stress*.

A promoção da segurança, quer pela prestação de cuidados direta, quer pela manutenção de um ambiente adequado e seguro, motivou à constante atualização de conhecimentos pela revisão de literatura, na busca dos resultados e evidências atuais que trouxessem inovação e que se pudessem incorporar na prática. Em resultado disto, no ICQH e na CEP respetivamente, desenvolveu-se um guia de boas práticas nos cuidados específicos à criança com feridas por queimadura, e uma *checklist* de verificação da segurança de casa, ambos dirigidos para os pais, em prol de práticas seguras e com minimização dos riscos.

Neste domínio percebemos a infinitude de estímulos que o ambiente proporciona e da importância do enfermeiro na sustentabilidade de um ambiente terapêutico, como mediador entre os fatores protetores e de *stress* à criança e pais.

Domínio da gestão dos cuidados

Na gestão dos cuidados o enfermeiro preocupa-se com a adequação e otimização dos recursos, na diligência de garantir a segurança e a qualidade de respostas. Concebem-se as questões de liderança, rentabilidade, organização, integração e mobilização de recursos materiais, tecnológicos e humanos.

Ao longo dos estágios tive a oportunidade de observar as funções de gestão associadas a funções de liderança, uma vez que as Enfermeiras Especialistas responsáveis pela supervisão desempenham funções como chefes de equipa ou como enfermeiras de referência. Em qualquer dos casos, o enfermeiro que desempenha estas funções tem um papel modelo na avaliação, orientação e otimização da equipa de enfermagem. Este trabalho denota uma capacidade de resposta proativa e sustentada em competências de supervisão e liderança, sem sobrevalorizar a responsabilidade acrescida. O estabelecimento de relações fortes, de confiança, eficácia e creditação junto da equipa de enfermagem é essencial para liderar e otimizar o processo de tomada de decisão.

Em todos os contextos de estágio, verificamos um verdadeiro trabalho em equipa, onde se valorizava o contributo de todos os elementos para o sucesso global dos cuidados e, consequentemente, para a valorização da profissão. Dada a especificidade e exigência destas funções, não foi exequível o seu desempenho, mas sim, no acompanhamento destas orientações e na supervisão direta do trabalho desenvolvido na parceria de cuidados com os pais, para e na aquisição de competências de cuidado.

Na UCSP, onde a equipa de trabalho é constituída por uma enfermeira e por um médico, foi possível verificar de perto a complementaridade e segurança no trabalho individual de cada profissional, o que favorece a resposta à população de forma mais assertiva e personalizada, como se preconiza. Nos serviços de internamento, pudemos constatar a dificuldade na gestão de recurso humanos para dar resposta às necessidades. Respeitando à UCIN, verificamos que a dotação de enfermeiros nem sempre era ajustada.

Reconhecer a interdependência de funções e de papéis de todos os elementos da equipa é essencial para adaptar as respostas e gerir os recursos disponíveis. A coordenação e organização mostra essencial a delegação de tarefas ou funções e a sua supervisão. Assistimos

à motivação dos profissionais, na valorização das competências individuais e no destaque do trabalho como especialista numa área de cuidados.

Em todos os contextos sobressai gestão dos recursos de forma eficiente, a inter-relação entre os membros da equipa e a articulação multidisciplinar, na garantia da continuidade e qualidade de cuidados.

Domínio das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento profissional resulta da mútua e progressiva interação entre a pessoa ativa e os contextos em que se insere (Alarcão & Rua, 2005). As autoras defendem uma interação ativa e progressiva entre a pessoa em desenvolvimento com os contextos profissionais, onde se encontram oportunidades de realização de novas tarefas, de desempenho de novos papéis e do estabelecimento de novas relações interpessoais. Efetivamente, este construto aplica-se enquanto aluno em fase inicial e enquanto profissional ao longo do seu percurso formativo.

A construção de um saber mais amplo e especializado iniciou-se com os conhecimentos teóricos, e foi explorado e sistematizado com a prática. A prestação de cuidados específicos ao longo do ciclo de vida da criança exige padrões de conhecimento teórico e prático, que capacitem para a tomada de decisão e a intervenção alicerçada.

Ao longo deste percurso, foi-nos possível comprovar o elevado nível de cuidados prestados pelas equipas e, particularmente, pelas Enfermeiras Supervisoras, na organização dos cuidados de enfermagem e na adaptação de respostas face à variedade de problemas de saúde identificados. É através de conhecimentos válidos, fundamentados e relevantes, que a prática e a toma de decisão são suportadas, para uma resposta centrada, individualizada e de qualidade. Considerando as várias e diferentes realidades de cuidados a que assistimos, a responsabilidade pessoal e profissional demonstrada, motivou a minha constante preocupação em evoluir e incorporar na prática os resultados da evidência e da investigação.

A pesquisa efetuada no âmbito da realização do projeto individual, na apropriação e adequação da temática aos contextos de saúde, viabilizou e facilitou a aprendizagem de um leque de novos conhecimentos e evidenciou a complexidade e o potencial de investimento na melhoria e na busca pela qualidade.

Desde o contexto de CSP na UCSP, ao contexto da UCIN ou ao contexto do ICQH, onde a especificidade de cuidados de enfermagem se diferencia, quer pelas características geográficas quer pelas situações de saúde, o desenvolvimento de competências de intervenção e a capacidade de resposta assertiva face aos processos de vida e aos problemas de saúde da criança e família exigiu-nos uma maturação profissional e uma forte capacidade de gestão organizacional, interpessoal e emocional. A nossa atuação direta com a criança e família, na avaliação das suas capacidades, na implementação de um plano que potencie a sua adaptação, na priorização de atividades, na intervenção com educação para a saúde, foram uma constante.

Ao enfermeiro competente é requerida a integração de vários saberes e capacidades, como sejam a capacidade de antecipação, a racionalidade prático-reflexiva, a perspicácia e a observação discriminada, compõem o campo de visão e atuação (Benner, 2001).

No cuidar o outro, o enfermeiro centra-se na pessoa e, neste encontro sobressai o discernimento necessário de si, enquanto pessoa e enquanto profissional. O desenvolvimento humano está, intrinsecamente, associado ao desenvolvimento profissional. A capacidade de reflexão crítica sobre a prática e sobre as relações terapêuticas e multiprofissionais potenciam a capacidade de adaptação e de reconhecimento da importância do trabalho em equipa e em parceria. Na experiência com diversos contextos evidenciou-se a necessidade de desenvolver o auto-conhecimento, equacionando os valores, a autonomia, os direitos e os deveres, e de reflexão e de análise sobre os nossos limites e potencialidades, como mecanismo essencial no desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, ao longo dos estágios procurámos demonstrar uma busca pelo conhecimento atualizado, sólido e pertinente, que nos auxiliasse na construção enquanto profissionais proativos e proficientes, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem e refletindo de forma crítica e construtiva sobre o desempenho pessoal e profissional.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O perfil de competências específicas do EEESIP visa, juntamente com as competências comuns, definir um enquadramento regulador da prestação de cuidados avançada como especialista numa área da saúde, a da criança e sua família. A atuação particular do enfermeiro especialista traduz-se na parceria de cuidados com a criança e família, com diligência pela segurança, competência e satisfação deste beneficiário de cuidados, em todo o seu contexto de vida, para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2018).

As competências específicas designadas são: assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). A cada uma destas são atribuídas unidades de competências que compõem os critérios e a especificidade para o todo.

Atendendo a que as referidas competências específicas foram previamente expostas e descritas de forma pormenorizada, em articulação com as reflexões acerca dos diferentes contextos de estágio, optamos por fazer uma abordagem menos exaustiva, cingindo-nos à visão global sobre as mesmas e a algumas considerações importantes.

No decorrer de todo este percurso formativo, o desenvolvimento de competências para a intervenção especializada, de acordo com o quadro de referência supracitado, esteve presente como um objetivo a alcançar. Individualmente, cada competência representa a validação da aquisição de novos conhecimentos e habilidades pessoais e profissionais, mas, globalmente, atingem uma relevância além da capacidade técnica ou reflexiva, indo de encontro ao grau de excelência no pensamento, na ação concreta e na visão criteriosa da prestação de cuidados.

Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde

Esta competência está presente em todos os estágios realizados, sendo um objetivo comum. Analisado o contexto do estágio I, o alvo máximo na atenção do enfermeiro é assistir o binómio criança/pais (ou família) na obtenção do seu potencial máximo de saúde. Em CSP a valorização dos cuidados antecipatórios e a aposta na capacidade preventiva dos pais e família reflete a maximização dos recursos à promoção do bem-estar físico, mental e social,

indispensável ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança e jovem. Este ambiente de cuidados, mais próximo e menos institucionalizado, permitiu-nos acompanhar os comportamentos relativos à saúde das famílias, avaliar conhecimentos e motivações e intervir precocemente e de forma ativa na consciencialização da população alvo.

O ambiente familiar e social em que a criança se insere determina e potencia, de forma significativa, o seu crescimento e desenvolvimento. A avaliação da estrutura e do contexto do sistema familiar, constituiu um ponto chave para a implementação e gestão de um plano de cuidados direcionado. O conhecimento sobre os padrões de desenvolvimento e crescimento infantil, são indispensáveis para uma atuação atempada e no despiste de situações que possam representar desvios à normalidade e, conseqüentemente, constituir um risco atual e/ou futuro para a qualidade de vida da criança.

Todos estes aspetos são fundamentais para uma atuação diferenciada, em qualquer realidade, seja em CS ou em hospital. De fato, a estruturação da vigilância em saúde e dos critérios adjacentes às etapas do ciclo de vida, o apoio no processo da parentalidade, o suporte da educação e da formação em saúde, demarcam intervenções do EEESIP conducentes a resultados de qualidade.

No estágio final, o ambiente de cuidados hospitalares diferenciou-se. Desde a CEP e a UCQTH, onde as necessidades em saúde eram abrangentes e totalmente distintas, até a uma unidade específica de neonatologia, a assistência do processo de cuidar é participativa e inclusiva. Os processos de negociação, motivação, comunicação, ensino e aprendizagem e apoio nos recursos da comunidade e multidisciplinares balizaram a nossa atuação. Nestas diferentes realidades, fomos concebendo a aptidão na implementação de planos de saúde promotores e facilitadores da aquisição de ganhos em saúde, assim como na gestão dos processos específicos de doença.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Esta competência inclui como unidades de competência, a promoção do crescimento e da vinculação, da autoestima e a comunicação, que em conjunto, ressaltam o acompanhamento do profissional de enfermagem à criança desde o nascimento até à idade adulta, durante todo

o seu processo de maturação e de desenvolvimento físico e psicossocial. Insere-se nesta competência todo o potencial de desenvolvimento possível de atingir.

A promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil a partir de cuidados específicos e de respostas apropriadas às exigências de cada idade iniciou-se logo no estágio I, onde o contato com várias idades chave nas consultas de vigilância e seguimento da saúde permitiu-nos participar ativamente na avaliação dos padrões de crescimento, na transmissão de orientações antecipatórias, no incentivo e participação do adolescente no planejamento da sua saúde e nas questões relacionadas com as escolhas seguras e ambientes saudáveis.

A concretização desta competência continua com o estágio final, que se caracteriza pela riqueza de situações de saúde/doença encontradas, ao longo dos vários locais de prestação de cuidados. Os cuidados específicos ao RN, desde o seu contato inicial aos primeiros estímulos de vinculação e posteriormente aos ganhos no desenvolvimento psico-motor, foram monitorizados e avaliados de perto na UCIN.

A personalização dos cuidados dirigidos nas várias etapas do ciclo de vida foi demonstrada, quer em situações de seguimento em CEP quer em situações de internamento, onde a alteração dos padrões diários e do estilo de vida ficavam condicionados ao ambiente hospitalar. O próprio desenvolvimento do projeto teve como foco o ambiente de cuidados em consonância com a parentalidade, na identificação de fatores que afetavam o bem-estar dos pais na adequação das suas respostas de cuidados.

Esta otimização do processo de cuidar é conseguido pela apropriação das particularidades de cada etapa do processo de desenvolvimento e crescimento infantil e das necessidades inerentes a cada idade específica. O acompanhamento deste processo deve atender às fragilidades e potencialidades da criança e família, num trabalho em parceria, favorecendo o seu envolvimento nas decisões, empoderando as suas capacidades e conhecimentos, com o intuito de estabelecer uma articulação efetiva de todos os elementos, realmente potenciadora da adoção de comportamentos promotores de saúde.

O encontro com famílias não tradicionais ou de outras culturas é transversal às várias realidades de cuidados, exigindo da nossa parte a capacidade de conduzir, com sensibilidade e perspicácia, a avaliação de enfermagem, com uso das capacidades de comunicação, para o estabelecimento do plano de cuidados esclarecido e efetivo.

Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

A competência anterior inscreve o seu âmbito de ação nas situações de especial complexidade, como sejam o reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica, doenças raras, crónicas ou oncológicas, a gestão da dor e o providenciar de terapias complementares.

O cumprimento desta competência foi conseguido principalmente no estágio final, onde o contexto hospitalar, nas suas diferentes valências, nos forneceu situações de particular exigência. O reconhecimento de sinais de alerta é adquirido com a prática clínica e treinado, para que se possa responder de forma adequada e oportuna. Em contexto de cuidados intensivos a circunstância de instabilidade clínica com a necessidade de uma atuação minuciosa, com cuidados de enfermagem específicos, gera momentos de grande aprendizagem. A própria preparação emocional para o contato posterior com os pais foi-nos possível melhorar, tal como a gestão diferenciada da dor e a promoção do melhor nível de bem-estar possível.

Ao nível do internamento na UCQTH, evidencia-se a capacidade de *coping* das crianças e pais e a sua interação física e emocional com o ambiente de cuidados, quer em situações em doença aguda como de doença crónica. Conseguimos aperfeiçoar a capacidade de resposta apropriada às situações cirúrgicas, segundo a evidência científica. Na CEP tivemos igualmente oportunidade de prestar cuidados a crianças com doenças crónicas, oncológicas e mesmo doenças raras, onde no decorrer das consultas de especialidade desenvolvemos competências na promoção da adaptação à doença, da reinserção social, assim como na adequação do encaminhamento e uso de terapias complementares para o tratamento e ganhos em qualidade de vida.

Em todos estes contextos de cuidados, e em simultâneo com o desenvolvimento do nosso projeto, foi-nos possível desenvolver a capacidade de gerar respostas adequadas, quer em qualidade como em complexidade, e integrar na prática, os conhecimentos adquiridos, na criação de um ambiente favorável e facilitador da interação e relação entre enfermeiro, criança e pais.

4.3. Competências de Mestre

Às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista acresce-se as competências de mestre, para o conhecimento aprofundado e uma atuação especializada em enfermagem na área da saúde infantil e juvenil.

O regime jurídico referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior é regulamentado pelo Ministério da Educação e da Ciência no atual Decreto-Lei nº 65/2018 (que procede à alteração do Decreto-Lei n.º 74/2006, assim como do Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior).

De acordo com o disposto no presente Decreto-Lei, os requisitos para a obtenção do grau de mestre preveem a integração de conhecimentos e capacidades adquiridas anteriormente com competências de aprendizagem e raciocínio, na resolução de problemas complexos e desenvolvimento de soluções, em diferentes contextos, observando as potencialidades de aplicação em questões de investigação.

Este grau académico objetiva o uso da investigação e o estudo de problemáticas reais e atuais, repensando e integrando os saberes disciplinares e académicos e propondo novas soluções.

De facto, a partir da integração da prática na teoria, e do raciocínio reflexivo e crítico é possível desenvolver e aplicar novos conhecimentos baseados na evidência científica e aplicá-los à realidade profissional, com o intuito da melhoria da qualidade. Durante os vários contextos de estágio, foi-nos possível aprofundar a capacidade de problematizar, experimentar e resolver situações complexas, no contacto direto com a criança e família. A participação em iniciativas e projetos locais em curso, como na UCSP, em oportunidades informais de educação para a saúde e de promoção de comportamentos de vida saudáveis, e no diagnóstico e planeamento de atividades direcionadas e inseridas na nossa linha de investigação. Com a realização do projeto de intervenção, pretendeu-se verdadeiramente, integrar as competências pré-existent assim como desenvolver e aprofundar outras, numa nova atitude face às problemáticas identificadas, por forma a apresentar soluções e concomitantemente, fornecer oportunidades de mudança e de atualização de práticas.

A complementaridade entre as competências de Mestre e Especialista é visível no pressuposto da integração de novos conhecimentos, com base no consumo e na produção da evidência científica, no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e na capacidade inovação.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu documentar o percurso formativo e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEESIP e de Mestre, em simultâneo com a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos.

Os diferentes contextos da prática de cuidados representaram oportunidades de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, consistentes com o empenho empreendido, na melhoria da qualidade aplicada à prática. O enquadramento teórico constituiu parte fundamental deste processo, na construção de um campo de pesquisa ao encontro do tema de interesse e da linha de investigação selecionada. Foi-nos necessário aprofundar as bases teóricas, com conhecimento provido pelo quadro de referência conceptual para a fundamentação da temática, assim como, os modelos teóricos que sustentaram o pensamento crítico e reflexivo.

O processo de investigação deve ser considerado como uma parte integrante da profissão, dado o seu importante papel no estabelecimento da base científica para guiar a prática dos cuidados. A aquisição de conhecimento numa área de interesse, permite a compreensão da atitude e intervenção dos profissionais, confrontando o enfermeiro com novas aprendizagens e desafios que dinamizam o saber.

Os elementos centrais estabelecidos pelos modelos teóricos (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem) fornecem uma base sólida de conhecimento ao mundo da enfermagem. Foi explorado especificamente o ambiente, como conceito básico em saúde e requisito fundamental da qualidade dos cuidados dirigidos à criança e família. Por isso, através do modelo de adaptação de Callista Roy, como foi mencionado anteriormente, cada pessoa é tida como um sistema aberto e complexo, em constante inter(relação) com o ambiente, onde ocorrem mudanças internas e externas, no sentido de promover a sua adaptação.

A relação entre saúde e ambiente pode ser compreendida como mutável, interdependente e sistémica. A própria precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale esclarecia na sua compreensão de saúde o conceito do meio ambiente e a importância das suas variáveis. É uma temática intrínseca ao exercício de enfermagem, na sua abordagem aos determinantes e condicionantes da saúde, para uma ação contextualizada.

O desenvolvimento biopsicossocial da criança depende do meio e das relações interpessoais que cria com este, no sentido de obter segurança, conforto, estímulo, aprendizagem e afeto. Os pais representam o suporte e a estrutura, numa natural e expectável dependência face às experiências de crescimento. Existem diversas variáveis associadas ao *stress* parental, que se manifestam em resposta a diferentes estímulos, entre as quais o ambiente. A hospitalização representa uma exigência de adaptação à criança e aos pais, cuja interação com um meio não familiar representa uma situação de crise, geradora de níveis significativos de *stress* e ansiedade. A separação das rotinas diárias e das pessoas de referência, os medos associados a um contexto desconhecido são exemplos de fatores causadores de *stress* para as crianças. Em relação à experiência parental, sobressaem a sensação de perda de controlo e a incerteza no cuidado ao filho. Estes fatores podem assumir-se como um obstáculo ao desempenho da sua função parental, na promoção do bem-estar, no atenuar das experiências negativas e na valorização do ambiente de cuidados.

Este relatório integrou a metodologia de projeto, que, de acordo com as suas etapas, elaborámos um projeto de estágio. O foco sobre uma problemática real da prática de cuidados e sobre os seus efeitos na criança, pais e na relação familiar, estimulou o desenvolvimento de competências de intervenção, de planeamento de ações direcionadas à minimização do problema diagnosticado e de tomada de decisão. Através do desenvolvimento deste projeto, tivemos a oportunidade de sensibilizar os profissionais para a importância na valorização e na consciencialização dos fatores de *stress* que o ambiente de cuidados traz para os pais. Por outro lado, a colaboração dos profissionais ao longo do processo foi imprescindível, no enriquecimento do tema em estudo, com benefício da sua experiência profissional e dos contributos que os vários contextos reais trazem à prática e que permitiram impulsionar e dinamizar a intervenção.

A valorização dos cuidados de enfermagem centrados no binómio criança-pais efetivou-se a cada estágio, revelando uma realidade coincidente com o conhecimento teórico e paralela ao proposto no perfil de competências do enfermeiro especialista. O caminho percorrido demonstrou que o conhecimento dos fatores causadores de *stress* favorece a melhor perceção da experiência dos pais e constitui-se como um elemento chave na efetividade dos cuidados centrados na família, na promoção do bem-estar e na intervenção direta do profissional na criação de um ambiente positivo e menos traumatizante. Especificamente na UCIN, as respostas apuradas no questionário aos profissionais de enfermagem evidenciaram um nível de conhecimento e *valorização* acerca desta temática, maioritariamente concordante com a

evidência científica e ente elementos da equipa, resultando numa apreciação positiva da relevância do projeto. O artigo de revisão integrativa elaborado contribuiu largamente para a assimilação do estado da arte em matéria de intervenção de enfermagem na resolução ou minimização dos fatores causadores de *stress* em ambiente de UCIN, em complemento aos conhecimentos já assimilados. A partilha deste conhecimento, planeada para uma sessão de formação à equipa de enfermagem, comprovou-se pertinente. Porém, a sua não concretização e consequentemente, a não finalização dos objetivos previstos, é apontada como uma limitação.

Numa análise crítica, consideramos que foi limitador a operacionalização do questionário apenas para um contexto de estágio, ainda que a temática tenha correspondido às necessidades sentidas no decurso de todos os estágios. Assim, em trabalhos futuros, seria benéfico uma abordagem multicêntrica, com maior abrangência e com maior idoneidade no estabelecimento de conclusões, procurando alargar o estudo a outras áreas de extensão da saúde infantil e pediátrica.

O domínio de ação de uma prática profissional de qualidade inclui uma abordagem holística dos cuidados com a integração do conhecimento, a constante valorização das relações interpessoais com enfoque na capacidade e competência relacional e comunicacional e, a organização e gestão dos cuidados, com priorização e respostas adequadas. Foi delineado um caminho facilitador da aprendizagem, do desempenho e da competência. Durante este percurso, melhorámos a capacidade de responder às situações complexas com sucesso, de análise crítica com problematização e teorizando soluções, com base na investigação, aperfeiçoando o sentido de responsabilidade, proatividade e compromisso na qualidade, de forma a desenvolver e atingir o perfil de Mestre.

Perspetivamos futuramente dar continuidade à formação, prosseguir o trabalho iniciado e divulgá-lo, pois, consideramos, enquanto futura enfermeira especialista e mestre, ter potencial para incentivar uma mudança positiva e ser significativamente influente para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à criança e família.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Almeida, A., Lopes, E. S. S., Camilo, J. T. S. & Choi, V. M. P. (2016). Manual APA: regras gerais de estilo e formatação de trabalhos acadêmicos. São Paulo: FECAP
- Alves, D. F. S., & Guirardello, E. B. (2016). Ambiente de trabalho de enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200406&script=sci_abstract&tlng=pt
- Andrews, H. A., & Roy, C. (2001). Pontos essenciais do Modelo de Adaptação de Roy. In Andrews, H. A., Roy, C. *Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Instituto Piaget. Lisboa. Capítulo 1, pp. 15-35.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bezerra *et al.* (2018). Análise descritiva da teoria ambientalista de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 9 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1105>
- Butler, S., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born Preterm. *Acta Pædiatrica*. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00916.x>
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Revista Psicologia em Estudo*, 16 (1). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100003>
- Carvalho, M. D. R. (2012). Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Faculdade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/22527>
- Carvalho, M., Silva, J., Machado, M. S., & Rosa, A. (2016). Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16). Disponível em: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0153>
- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care?. *Elsevier, Journal of Neonatal Nursing*, 18. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 15 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1414-8145&lng=en&nrm=iso
- Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976, revista a de 12 de Agosto de 2005. Disponível em: <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/crp.html#art64>

- Custódio, Z. A. O., Crepaldi, M. A., & Linhares, M. B. M. (2014). Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estudos de Psicologia*, 31(2). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200010>
- Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 157.
- Diaz, Z. M., Fernandes, S. M. G. C., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3). Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIII12134>
- Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. (2005). Lisboa: Temas e Debates.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Farrel, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1 (4). Disponível em: <http://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, & Flacking, R. (2014). Mother's perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Elsevier, Sexual & Reproductive Healthcare*, 5. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ªed.). Loures: Lusociência.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *Revista de Pediatria Nacer e Crescer*, XXIV (3). Disponível em: <http://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i3.8509>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2001). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Internacional Council of Nursing. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2015. Edição Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care in hospitals: how to get started*. Bethesda. Disponível em <http://www.ipfcc.org>
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2). Elsevier Inc. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>

- Lissauer, T., & Clayden, G. (2009). Desenvolvimento neuropsicomotor, auditivo e visual na criança normal. In Lissauer, T., Clayden, G (Eds), Manual Ilustrado de Pediatria (23-38). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures, Lusociência.
- Lopes, F. M. B. A. (2008). O ambiente como dimensão no metaparadigma da enfermagem. Revista Servir, 56 (5).
- Malagutti, W. (2007). Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda.
- Neves, M. P. (2004). Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a acção. In M. Neves., S. Pacheco (eds.), Para uma ética da enfermagem (145-171). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia profissional de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, 1 (8). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos, 1 (3). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Pub. L. No. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2.ª série — N.º 133. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia, 25 (3). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>

- Raiskila *et al.* (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICU's. Elsevier, Australian Critical Care, 29. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.003>
- Ramirez, M., Navarro, S., Claveria, C., Molina, Y., & Cox, A. (2017). Estressores parentales en unidade de cuidados intensivos pediátricos. Revista Chilena de Pediatría, 89 (2). Disponível em: <http://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200182>
- Ribeiro, C., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre os cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referência, IV (4). Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIV14023>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos mataparadigmáticos de enfermagem. Revista Texto & Contexto: 27 (2). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos, (15), 1-37.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referência, (3).
- Souto *et al.* (2007). Nascer prematuro: um manual para os pais de bebés prematuros. Porto, Direção da Seção de Neonatologia – triénio 2005-2007.
- Sweet, L., & Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in a Australian neonatal intensive care unit. Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing, 15 (2). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=69ebbc2c-0bce-4057-81af-cbe859d0b455%40sdc-v-sessmgr06>
- Tandberg, B. S., Sandtrø, H. P., Vårdal, M., & Rønnestad, A. (2013). Parents os preterm evaluation of stress and nursing suport. Elsevier, Journal of Neonatal Nursing, 19. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.01.008>
- Turner, M., Chur-Hansen, A., Winefield, H., & Stanners, M. (2015). The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using Parental Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. Elsevier, Women and Birth, 28. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.001>
- Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de enfermagem. 1ª ed. Lusociência.
- Williams, K. G., Patel, K. T., Stausmire, J. M., Bridges, C., Mathis, M. W., & Barkin, J. L. (2018). The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. Internacional Journal of Environmental Research and Public Health, 15 (60). Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph15010060>
- Zamberlan, C., DeMedeiros, A. C., DeiDvaldi, J., & Siqueira, H. C. H. (2013). Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistémico. Revista Brasileira de Enfermagem, 66 (4). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400021>

ANEXO

Anexo I – Parecer do Conselho de Administração

Sr.ª Enf.ª Marlene José Guerreiro Costa, mestranda,

Este contacto serve para informá-la que a sua proposta de investigação no âmbito do mestrado em Enfermagem –Especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica pelo Instituto Politécnico de Setúbal intitulada ***O Ambiente e os fatores de stress parental numa UCIN*** foi autorizada, como proposto, a 16-01-2019 pelo Conselho de Administração do CHUA.

Desta forma pode iniciar os procedimentos propostos que permitirão prosseguir a sua investigação devendo informar-nos quando der por terminada a sua investigação.

Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

E. M.

Enfermeiro | **CFIC – Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem (NFIE)** |

APÊNDICES

Apêndice I – Folheto e Poster “Saúde com Amor”

Para minimizar o desconforto do bebé, existem várias técnicas recomendadas: (Técnica dos 5 S de Harvey Karp)

Envolver (Swaddling)- enrolar o bebé bem apertadinho como se estivesse no útero. Atenção para não apertar a área da vacina;

Posição ventral (Side/Stomach position) - deixar o bebé deitado sobre o braço ou no colo com a barriga para baixo;

Embalar (Swinging) - balancear levemente o bebé ao colo;

Tranquilizar (Sushing) - com o bebé colo, emitir o "shiiiiii", baixinho;

Sucção (Sucking) - sucção, ideal no antes, durante e após a vacinação;

Não se preocupe, o bebé não vai associar dor à amamentação!

Vacinar a amamentar promove o bem estar.

Vacinação SIM, mas com menos dor!

Saúde com Amor
Projeto: vacinar a amamentar




O leite materno

É um alimento vivo, completo e natural

Propriedades

- ⇒ Nutritivas;
- ⇒ Imunológicas;
- ⇒ Fácil digestão
- ⇒ Beneficia o funcionamento intestinal;
- ⇒ Favorece o desenvolvimento da função respiratória, mastigação, fala e estruturas dentárias;
- ⇒ Promove o contacto com diferentes sabores, facilitando a introdução de novos alimentos;
- ⇒ Favorece o contacto físico e o vínculo mãe/ bebé.
- ⇒ Propriedades analgésicas

SABIA QUE...

A Organização Mundial de Saúde recomenda que os bebés sejam amamentados durante ou pouco antes da sessão de vacinação


A amamentação é uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes na prevenção da dor.

A amamentação combina o prazer e conforto com a analgesia, proporcionando diminuição do choro e do stress do bebé.

A amamentação reduz as respostas de dor comportamental.

Recomendações

- ⇒ Os pais devem estar presentes durante o procedimento de vacinação;
- ⇒ Os bebés devem ser amamentados antes, durante e após a sessão de vacinação.



Saúde com Amor

O leite materno é um alimento vivo, rico, natural e completo.

É o primeiro alimento do bebé e o mais recomendado, uma vez que atende totalmente às necessidades nutricionais nos primeiros 6 meses de vida.



A amamentação combina o prazer e o conforto com a analgesia, diminuindo o choro e o stresse do bebé.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que os bebés sejam amamentados imediatamente antes ou durante a vacinação.

É uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes na prevenção da dor no bebé.

O melhor cuidado é uma preocupação dos profissionais. E por isso, defendemos

vacinação SIM mas com menos dor!

Vacinar a amamentar promove o bem estar do seu bebé.

O bebé NÃO
vai associar dor à
amamentação!

Apêndice II – Documentos da revisão de literatura sobre a abordagem e tratamento de queimaduras

Listagem bibliográfica

- Cartotto, R. (2017). Topical antimicrobial agents for pediatric burns. *Burns & Trauma*, 5 (33).
- DGS. (2017). Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017.
- Fagin, A. Palmieri, T. L. (2017). Considerations for pediatric burn sedation and analgesia. *Burns & Trauma*, 5 (28).
- Kearney, L. Francis, E. C. Clover, A. J. P. (2018). New technologies in global burn care - a review of recent advances. *Burns & Trauma*, 8 (4).
- King, I. C.C. (2018). Body image in paediatric burns: a review. *Burns & Trauma*, 6 (12).
- Lozano, E. Potterton, J. L. (2018). The use of Xbox Kinect™ in a Paediatric Burns Unit. *South African Journal of Physiotherapy*.
- Mathias, E. Murthy, M. S. (2017). Pediatric Thermal Burns and Treatment: A Review of Progress and Future Prospects. *Medicines*, 4 (91).
- Scapin, *et al.* (2017). Use of virtual reality for treating burned children: case reports. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (6).
- Smolle, *et al.* (2018). Recent Trends in Burn Epidemiology Worldwide: A Systematic Review. *Burns*, 43 (2).
- Stone, *et al.* (2018). Advancements in Regenerative Strategies Through the Continuum of Burn Care. *Frontiers in Pharmacology*, 9.

Apêndice III – Guia de orientação para os pais “Cuidados a ter com as feridas por queimadura”

Cuidados com a pele e com o penso

- Manter o penso limpo e seco externamente;
- Escolher roupa de algodão confortável para vestir ao seu filho;
- Nunca remova ou tente alargar o penso, com risco de contaminar e comprometer/piorar o estado de cicatrização da ferida (se houver ligaduras o seu objetivo é diminuir o inchaço, estimular a circulação e ajudar na mobilidade);
- Na ferida cicatrizada que fique ao ar, aplique a pomada hidratante indicada pelo médico/enfermeiro, faça massagem para ajudar na elasticidade da pele e na sua correta cicatrização, e para evitar as contraturas (o tecido cicatricial não cresce nem se expande).

IMPORTA QUE...

Retome a rotina.

Permita que a criança seja criança, com supervisão.

Permita o apoio da família e/ou conviventes próximos.

Aluna de Mestrado: Marlene Costa

Wong, S.S., Bode, R. U., Nijboer, M. A. (2011). Cicatrizes da pele e da vida. In: Hockenbury, M. J., Wilson, (Eds.).
Wong, S.S., Bode, R. U., Nijboer, M. A. (2011). Cicatrizes da pele e da vida. In: Hockenbury, M. J., Wilson, (Eds.).
Rabito, et al. (2005). Qualidade de vida em doentes com queimaduras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 14 (3), 90-94.
Stane, et al. (2018). Cicatrizes da pele e da vida. In: Hockenbury, M. J., Wilson, (Eds.).

Cuidados a ter com as feridas por queimadura



A **pele** é o maior órgão do corpo humano. Funciona como um escudo de proteção contra as agressões externas.

Uma ferida na pele pode ser um risco ao bem-estar e à saúde.

Uma queimadura é uma ferida em que a pele é destruída, e que pode atingir só a camada superior ou também a camada profunda, vasos sanguíneos, nervos e músculos.

Estas feridas têm que ser limpas e protegidas por um penso estéril/limpo, de forma a evitar o risco de infeção. A cicatrização pode ser demorada, mas os cuidados a ter com o penso devem ser mantidos durante todo o tempo de internamento e na ida para casa.

Siga as recomendações dos profissionais de saúde e proteja o seu filho.

Que cuidados deve ter durante o internamento?

- **Lavar e desinfetar as mãos** sempre que saia e entre no quarto e sempre que contacte com o seu filho;
- Manter as medidas de isolamento;
- Usar a **bata de proteção** dentro do quarto;
- Cumprir a restrição de visitas;

Quando tiver alta

Cuidados gerais:

- Promova o **conforto** do seu filho. Um ambiente calmo, acolhedor permite que a criança retome as suas atividades, à medida que se vai readaptando. Continue a resguardar o seu filho, evite as visitas nesta fase de recuperação;
- Padrão de **humor** - o seu filho pode chorar mais do que o habitual e mostrar maior irritabilidade, desconforto e medo. O seu ambiente familiar pode-lhe provocar stress. Use técnicas de distração e relaxamento (brincadeiras, jogos, leitura, música e som ambiente, etc);
- Padrão de **higiene** - o medo da água pode existir. A higiene é essencial, pelo que deve fazer tentativas diárias de banho, parcialmente no início e, até haver aceitação por parte do seu filho;
- Padrão de **sono** - pode aparecer ou manter-se a dificuldade em adormecer, um sono agitado ou pesadelos com o acidente.
- Padrão de **alimentação** - procure fornecer uma alimentação rica e variada, com os alimentos preferidos e tenha atenção à hidratação, forneça água várias vezes ao dia;
- Prepare o seu filho para a **realização do penso** (explique o porquê, onde e como) permitindo a sua participação (dependendo da idade) e ajudando-o a ganhar confiança;
- Cumpra as **indicações e recomendações** da equipa de enfermagem, assim como o receituário médico prescrito.

Apêndice IV - Checklist de segurança para o ambiente físico de casa

Proporcionar um ambiente seguro para a criança inclui avaliar o risco e prevenir acidentes e quedas.

Faça uma revisão rápida da sua casa e veja se está protegida (assinale com ✓ ou ✗).

Divisão	Cuidados específicos	Medidas preventivas gerais				Medidas a aplicar na sua casa
		Protetor de tomada	Protetor de cantos	Bloqueio de portas/armários	Protetor de escadas	
Cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Barreira protetora do fogão e forno Produtos de limpeza guardados nos armários superiores Cadeira de refeição - apertar os cintos e encostar a uma parede. Se fixa, fixa na mesa não colocar cadeira por baixo. Ver se a mesa é estável e sem tampo de vidro Fogão - usar os bicos de trás e colocar as pegas das panelas e frigideiras para dentro Mesa de refeição – não ter toalha de mesa, objetos cortantes, afiados ou de vidro ao alcance 					
Sala	<ul style="list-style-type: none"> Barreira de proteção de lareira/aquecedor ou outras fontes de calor Fixar móveis e objetos grandes e pesados à parede, (estantes, armários, etc.) Proteção de fios e ligações dos aparelhos eletrónicos 					
Quarto	<ul style="list-style-type: none"> Berço com fundo rígido e bordos altos. Se tiver grades, devem ter no máximo 6cm de espaçamento e uma altura de 60cm. Em cama individual colocar proteções laterais. Berço em plano zero (sem elevação da cabeceira) Retirar a corrente da chucha para dormir Não ter almofadas, fraídas de pano ou brinquedos desnecessários no berço 					
Casa de banho	<ul style="list-style-type: none"> Fecho na sanita Tapete antiderrapante na banheira Medicamentos guardados nos armários superiores e de preferência fechados à chave Organize o espaço para ter o que precisa na hora do banho Não deixe a criança sozinha no banho nem água ao seu alcance, pelo risco de afogamento. 					
Varanda e janelas	<ul style="list-style-type: none"> Gradeamento ou vedação com um mínimo de 1,10cm de altura e espaçamentos inferiores a 9cm. Evite as grades horizontais. Guarde cadeiras, mobiliário, vasos ou outros objetos que possam ser usados como apoio para trepar 					

Apêndice V – Resumo do artigo de revisão integrativa de literatura “Necessidades parentais e *stress* em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: contributos práticos dos cuidados de Enfermagem”

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Necessidades parentais e *stress* em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: contributos práticos dos cuidados de Enfermagem

Marlene Costa

Resumo

Contexto: A hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) representa uma experiência stressante para os pais. Neste ambiente, evidenciam-se as necessidades de reorganização familiar e a sobrecarga emocional, na influência sobre a capacidade relacional e cuidadora dos pais. Reconhece-se a importância do papel do enfermeiro na abordagem especializada ao binómio pais/bebé e compete-lhe a definição de respostas estruturadas de intervenção à promoção do bem-estar físico e psicológico, privilegiando a parceria de cuidados. Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem a implementar em contexto de internamento em UCIN, a fim de melhorar a resposta dos pais aos principais fatores causadores de *stress*. Metodologia: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa na plataforma eletrónica EBSCOhost e suas bases de dados. Selecionaram-se os estudos científicos publicados entre 2013 e 2018, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Resultados: Foram incluídos seis estudos que salientaram a diversidade de cuidados de enfermagem direcionados às necessidades parentais. Destacam-se como positivas as intervenções estruturadas, baseadas na participação ativa da família, que assegurem proximidade na parceria de cuidados, acesso à informação sobre o bebé com o uso de uma comunicação clara, uma efetiva relação terapêutica e a integração de grupos de suporte multidisciplinares. Conclusão: A evidência científica salienta ser insubstituível a atuação dos profissionais de enfermagem, numa abordagem multifatorial às necessidades reais dos pais, com destaque para a eficaz organização dos cuidados e para a avaliação continuada da sua intervenção.

Palavras chave: pais, *stress*, unidade de cuidados intensivos neonatais, enfermagem.

Apêndice VI – Cronograma de atividades

Atividades planeadas	Mês						
	Ano 2018					Ano 2019	
	Maio e junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro e março
Definição do problema para o estudo							
Revisão de bibliografia							
Diagnóstico de situação							
Definição das estratégias e planeamento de atividades							
Execução e avaliação das atividades							
Elaboração do relatório							

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Projeto de intervenção

Estudante: Marlene José Guerreiro Costa

Título do Projeto: O ambiente e os fatores de *stress* parental numa UCIN

Resumo:

Crescer e desenvolver-se de uma forma saudável implica necessariamente que sejam providas condições, nomeadamente o ambiente ideal. À complexidade que caracteriza o processo de desenvolvimento do recém-nascido, está subjacente a sua interação com o ambiente, a dinâmica familiar e a sua importância na manutenção de um ambiente promotor, protetor, saudável e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os profissionais exercem um papel ativo na promoção de um ambiente tranquilo e terapêutico, na identificação de riscos/fatores de *stress* e situações que comprometam a saúde ou o bem-estar, e no suporte e ação educativa dos pais (Bandeira et al., 2017).

É imperativo promover quer práticas, quer ambientes de cuidados seguros e protetores.

Em âmbito nacional e adequando aos objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, extrapolando ao ambiente físico dos serviços hospitalares, exige-se as condições à promoção de um ambiente emocional ótimo e favorável ao bom desenvolvimento do recém-nascido, na parceria entre os profissionais e pais (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A família é um microssistema de apoio com uma função estruturante no processo de desenvolvimento. A prevalência de coesão e envolvimento familiar e de uma relação efetiva de qualidade e confiança são fatores que favorecem o bem-estar dos pais, mesmo em ambientes não familiares ou situações de *stress* (Tandberg et al., 2013; Ribeiro et al., 2015).

A hospitalização de um filho representa uma situação de crise na estrutura familiar, geradora de um nível significativo de *stress* nos pais, especialmente se acontecer numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Existem diversas variáveis associadas ao *stress* parental, que se manifestam em resposta a diferentes estímulos, entre eles o ambiente (Ramirez et al., 2017). As exigências de adaptação a um ambiente novo e clínico, assim como a experiência do internamento, podem ser facilitadas pela intervenção dos profissionais de enfermagem (Diaz, Fernandes & Correia, 2014).

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner traz vantagens na compreensão contextualizada da interação ativa que se estabelece entre quatro dimensões – o tempo, o contexto, a pessoa e o processo. Diferentes contextos significam diferentes interações e para que exista um desenvolvimento saudável é necessário que se estabeleçam condições de reciprocidade e de qualidade de relações (Poletto & Koller, 2008).

Garantir uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade, que respeite as condições exigidas ao *continuum* desenvolvimento do recém-nascido e proporcione a maximização da sua saúde, é um dos objetivos primordiais do enfermeiro especialista na área de atuação em saúde infantil e pediátrica. O conhecimento dos fatores causadores de *stress* favorece a melhor percepção da experiência dos pais e constitui-se como um elemento chave para a efetividade dos cuidados centrados na família, na promoção do bem-estar e na relação pais/bebê (Raiskila *et al.*, 2016)

Objetivo geral:

Identificar, na perspetiva dos enfermeiros, quais os principais fatores causadores de *stress* aos pais, no ambiente de Internamento de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Objetivos específicos:

Percecionar o ambiente como fator integrante no processo de cuidar;
 Reforçar a pertinência do ambiente com fator potenciador de *stress* junto da equipa de enfermagem;
 Compreender a influência dos profissionais de enfermagem na gestão de um ambiente seguro;
 Promover a sistematização e otimização dos cuidados de enfermagem na abordagem dos fatores de *stress* parental;
 Clarificar as estratégias de intervenção dos profissionais de enfermagem na gestão de situações de *stress*.

Plano:

Local de Estágio: unidade de cuidados intensivos neonatais do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro.

População alvo: enfermeiros, em prestação direta de cuidados, e que aceitem participar voluntariamente no projeto de intervenção.

Levantamento de necessidades e justificação: a temática a abordar foi validada através de reunião com a enfermeira em funções de chefia e com a enfermeira responsável pela orientação do estágio. Considera-se também a aplicação de um questionário aos enfermeiros, de forma a perceber as opiniões e conhecimentos sobre a temática, e simultaneamente, identificar necessidades formativas.

Procedimentos a realizar: Após a análise dos questionários pretende-se estruturar uma ação de formação de revisão de bibliografia sobre o estado da arte e o enquadramento de plano propostas de melhoria.

Instrumentos de colheita de dados: questionário de opinião; questionário de avaliação da sessão de formação.

Questões éticas: a confidencialidade será mantida, garantindo assim o anonimato dos enfermeiros envolvidos, cuja participação será voluntária, sem interferências na prestação de cuidados.

Cronograma:

Atividades planeadas	Ano 2018		Ano 2019
	Novembro	Dezembro	Janeiro
Diagnóstico de situação			
Definição de objetivos			
Aplicação de um questionário			
Sessão de formação à equipa sobre o estado da arte			
Sessão de <i>brain storming</i> para a clarificação das estratégias de intervenção e sugestões de melhoria			

Referências Bibliográficas:

- Bandeira et al. (2017). Condutas de educação ao familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada: registros de equipe multiprofissional. REME.
- Diaz, Z. M., Fernandes, S. M. G. C., Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. Revista de Enfermagem Referência, IV (3).
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. 1 (3).
- Poleto, M., Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia, 25 (3).
- Raiskila *et al.* (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICU's. Elsevier, Australian Critical Care, 29.
- Ramirez *et al.* (2017). Estressores parentales en unidade de cuidados intensivos pediátricos. Revista Chilena de Pediatría, 89 (2).
- Ribeiro *et al.* (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referência, IV (4).
- Tandberg *et al.* (2013). Parents os preterm evaluation of *stress* and nursing support. Elsevier, Journal of Neonatal Nursing, 19.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente pedido de autorização enquadra-se no percurso de formação para o desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito do 2º Curso Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal.

O Projeto de Intervenção a desenvolver baseia-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de vida”, tendo como problemática “O ambiente e os fatores de *stress* parental numa UCIN”. Pretende-se identificar, na perspetiva dos enfermeiros, quais os principais fatores causadores de *stress* aos pais, no ambiente de Internamento de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Reconhece-se como benefícios da realização/implementação do Projeto, a possibilidade de potenciais melhorias da qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como reconhecer boas práticas no papel do enfermeiro, enquanto elemento de referência na integração e suporte aos pais, durante o internamento dos seus filhos. Com o desenvolvimento do presente Projeto não se prevê danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais.

Os participantes são profissionais de enfermagem, em exercício de funções, sem prejuízo da instituição, vínculo contratual ou funções exercidas. Os dados serão colhidos através de um questionário de opinião, estruturado por três partes: uma primeira que caracteriza a equipa de enfermagem, uma segunda parte destinada a conhecer a opinião/perceção acerca do ambiente de prestação de cuidados, constituída por onze afirmações de resposta fechada e a última parte com duas questões de resposta aberta.

É garantido o respeito pela confidencialidade e anonimato na recolha e análise dos dados, sendo que a informação será usada apenas para o efeito e não será facultada a outras pessoas que não estejam diretamente implicadas.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e clarificadas. Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço.

Todas as dúvidas ou necessidade de informação adicional, poderá ser contactada a autora.

QUESTIONÁRIO

Agradece-se desde já a sua disponibilidade e apela-se ao preenchimento do questionário com a sua inteira sinceridade, por forma a obter respostas válidas.

Parte I – Caracterização da Equipa

Assinale com uma cruz (X) na opção que o caracteriza

1. Género:

☐ masculino ☐ feminino

2. Idade:

☐ 20 a 30 anos ☐ 30 a 40 anos ☐ 40 a 50 anos ☐ > 50 anos

3. Habilitações académicas:

☐ Licenciatura em Enfermagem

☐ Mestrado em: _____

☐ Especialidade em: _____

☐ Doutoramento

4.. Anos de experiência profissional:

☐ 0 a 9 anos ☐ 10 a 19 anos ☐ 20 a 29 anos ☐ ≥ 30 anos

5. Anos de experiência profissional na área pediátrica:

☐ 0 a 9 anos ☐ 10 a 19 anos ☐ 20 a 29 anos ☐ ≥ 30 anos

Parte II – Afirmações de resposta fechada segundo Escala de *Likert*

Assinale com uma cruz (X) na opção que melhor expressa a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem.

Apreciação global	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O ambiente da UCIN contribui negativamente para a ansiedade dos pais				
2. Os cuidados centrados na família são uma realidade na UCIN				
3. A equipa reconhece nos pais comportamentos de <i>stress</i>				
4. Os fatores causadores de <i>stress</i> e dificuldades parentais são minimizados pelos enfermeiros				
5. A separação do bebé é considerada pelos pais como o maior fator de <i>stress</i> da hospitalização				
6. Os pais têm uma noção de perda de controlo sobre o seu filho e sobre os cuidados				
7. Os pais participam nos cuidados ao seu filho de forma voluntária				
8. Os pais manifestam dificuldade na gestão da vida familiar				
9. Os pais têm acesso a informação atualizada e clara sobre o estado de saúde do seu filho				
10. Consegue-se comunicar facilmente com os pais				
11. A relação terapêutica estabelecida entre a tríade pais-filho-enfermeiro é adequada				

Parte III - Questões abertas

1. Enumere quais os principais fatores de *stress* parental que identifica na UCIN?

2. Na sua opinião, o que deve ser feito para solucionar/minimizar os fatores de *stress* que identificou?

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice IX – Resultados do questionário segundo o nível de concordância “Escala de Likert”

